

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

Factors Associated with Blood Glucose Control in Diabetic Patients,
Ban Pho Subdistrict, Mueang District, Trang Province.

สำรวย ว่องไวยุทธ์

Sumruay Wongwaiyut

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

(Received: January 31, 2025; Accepted: February 25, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 199 ราย ที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ จังหวัดตรัง ใช้การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Chi-square test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 64 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 5,000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินถึงอ้วน ร้อยละ 66.3 ไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ (มากกว่า 7%) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 77.9) ส่วนการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.3 และ 67.8 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการมีโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วย ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง และการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีโรคร่วมและข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรืออาชีพ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: เบาหวาน, ปัจจัยที่สัมพันธ์, ระดับน้ำตาลในเลือด



Abstract

This study aimed to examine the level of knowledge, perceived self-efficacy in blood sugar control, health behaviors, and factors associated with glycosylated hemoglobin (HbA1c) control among patients with diabetes. A total of 199 participants receiving services at Ban Pho Subdistrict Health Promoting Hospital, Trang Province, were selected using a cross-sectional analytical research design. Data were collected using a questionnaire that had been validated for content validity (IOC) and reliability (Cronbach's alpha = 0.88). Descriptive statistics and Chi-square tests were employed for data analysis. The results revealed that most participants were female, with an average age of 64 years, primary education, and an average monthly income of 5,000 baht. Most had a body mass index (BMI) in the overweight to obese range. A total of 66.3% were unable to control their HbA1c (HbA1c > 7%). Diabetes-related knowledge was at a high level (77.9%), while perceived self-efficacy and health behaviors were at moderate levels (62.3% and 67.8%, respectively). The factors significantly associated with HbA1c control ($p < 0.05$) included occupation, presence of comorbidities, and hypertension. Other factors such as gender, age, income, BMI, duration of illness, knowledge, perceived self-efficacy, and health behaviors showed no significant association. The findings highlight the necessity of comprehensive health promotion interventions that enhance learning, self-care skills, and risk factor management, particularly for patients with comorbid conditions and limitations in occupation or socioeconomic status to achieve better glycemic control and reduce long-term complications.

Keywords: Associated factors, Diabetes mellitus, HbA1c

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มของโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเด่นคือระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการผลิตหรือการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลิน จำแนกได้เป็นหลักสองชนิด ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ และเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต เช่น การขาดกิจกรรมทางกายและภาวะโภชนาการเกิน ปัจจุบันโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 529 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.31 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งร้อยละ 96 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในภูมิภาคแอฟริกาเหนือและตะวันออกกลางที่มีอัตราสูงสุด¹²³

ในประเทศไทย ผลสำรวจสุขภาพประชาชน พ.ศ. 2562–2563 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563⁴ การวินิจฉัยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ใช้ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) โดยผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c \geq 6.5% ถือว่าเป็นเบาหวาน⁵⁶⁷⁸ ทั้งนี้ ค่าระดับ HbA1c ยังใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการควบคุมโรค โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c $<$ 7% หรือ $<$ 8% สำหรับผู้มีโรคร่วม) อย่างน้อยร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁹

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดตรังและตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 อัตราการควบคุมระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลบ้านโพธิ์อยู่ระหว่างร้อยละ 17.43–28.14 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายระดับจังหวัด⁹ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับ HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งในเชิงการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และการลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรสังคม ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยทางประชากรสังคม ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

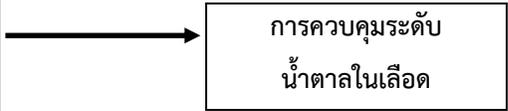


กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

- 1.ลักษณะทางประชากรและสังคม
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 สถานภาพสมรส
 - 1.4 ระดับการศึกษา
 - 1.5 อาชีพ
 - 1.6 รายได้
 - 1.7 BMI
 - 1.8 ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน
 - 1.9 โรคประจำตัวอื่นๆ
 - 1.10 การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง
- 2.ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
- 3.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
- 4.พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน



การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

(Cross-sectional study)

2. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และมีผลการตรวจ HbA1C ในปี 2566 จำนวน 409 ราย

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size estimation)

คำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ Wayne W.,D. (1975) ¹⁰ ดังนี้

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

$$n = \frac{409 \times 0.5(1-0.5)1.96^2}{(0.05)^2 (409-1) + 0.5(1-0.5)1.96^2}$$

$$= 199$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 199

ราย

4. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1.) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง



2.) ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนืองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

3.) มีผลการตรวจระดับ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.) เป็นผู้ที่มีความตั้งใจเข้าร่วมการศึกษานี้และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

5.) สนใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.) การตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

2.) ผู้ที่มีภาวะทางจิตเวชหรือภาวะความบกพร่องในการสื่อสารที่รุนแรงซึ่งอาจรบกวนการให้ข้อมูล

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่าง 199 ราย โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ประชากร 409 ราย

มีโอกาสเท่ากันในการถูกเลือก โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.) กำหนดหมายเลขให้ประชากรทั้งหมดเริ่มต้นด้วยการกำหนดหมายเลขให้กับประชากรทั้ง 409 คน โดยให้แต่ละคนมีหมายเลขเฉพาะของตัวเองตั้งแต่ 1 ถึง 409

2.) ใช้เว็บไซต์สำหรับการสุ่มตัวเลข เช่น Random.org ซึ่งสามารถกำหนดขอบเขตของหมายเลข 1-409 ได้

3.) สุ่มหมายเลขจำนวน 199 หมายเลขจาก 1 ถึง 409 โดยไม่ซ้ำกัน

4.) หลังจากได้หมายเลข 199 หมายเลขแล้ว ให้ใช้หมายเลขกับรายชื่อประชากรทั้งหมดและดึงข้อมูล

ของบุคคลที่มีหมายเลขตรงกับที่สุ่มได้มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรังแบบสอบถามประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

แบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว/รอบสะโพก ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และระดับ HbA1c จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบถูก-ผิด ออกแบบข้อคำถามตามทฤษฎีการเรียนรู้ของเบนจามิน บลูม¹¹ แบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล¹² คือ น้อย ปานกลาง และมากดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับน้อย (0.00-6.67 คะแนน)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง (6.68-13.35 คะแนน)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก (13.36-20.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ความสามารถของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales)¹³ จำนวน 5 ตัวเลือก แบ่ง

ระดับคะแนนทัศนคติ เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล¹² ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อย (13.00-30.33
คะแนน)

การรับรู้ความสามารถของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (30.34-47.67
คะแนน)

การรับรู้ความสามารถของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก (47.68-65.0
คะแนน)

ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานมีข้อคำถาม 21 เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต
(Likert rating scales)¹³ จำนวน 4 ตัวเลือก แบ่งระดับ
คะแนนพฤติกรรม เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล¹²
ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
เบาหวานอยู่ในระดับน้อย (21.00-49.00 คะแนน)

พฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (49.01-77.00
คะแนน)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
เบาหวานอยู่ในระดับมาก (77.01-105.00 คะแนน)

6. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาคุณภาพของ
เครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
(Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability)

ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content
Validity) โดยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ช่วยตรวจสอบ
ความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการ
ศึกษา จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนี ความ
สอดคล้อง (Index of item objective congruence:

IOC) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถาม ที่
คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.5-1.00 จึงมีค่าความเที่ยงตรง
ใช้ได้ ใช้ในแบบสอบถาม

ความเชื่อมั่น (Reliability Test) ผู้วิจัยนำ
แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข จากข้อแนะนำของ
ผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่
ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจ
ให้คะแนนเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha
coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บ รวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการ
ดำเนินการดังนี้

เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการ
ดำเนินการดังนี้

7.1 ทำหนังสือขออนุญาตจริยธรรมการวิจัยต่อ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา โดยได้รับ
การรับรอง เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 รหัส
จริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/412

7.2 ขออนุมัติหนังสือลงพื้นที่ทำวิจัยและ
เก็บข้อมูล จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
โพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อขอทดสอบเครื่องมือ
และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดย
ข้อมูลส่วนหนึ่งเก็บจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
(secondary data) เช่น ค่า HbA1c อีกส่วนหนึ่งเก็บ
จากแบบสัมภาษณ์ในการมารับบริการที่หน่วยบริการ
และการเยี่ยมบ้าน

7.3 หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล
ในพื้นที่ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะเข้าถึง
ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้เมื่อได้รับความยินยอม และ



กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล แก้ไขโดยการใส่หน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่าง โดยจะรบกวนเวลาในการตอบคำถามให้น้อยที่สุดประมาณ 15 นาที และมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะไม่ตอบข้อใดก็ได้ รวมถึงข้อมูลส่วนตัวที่อาจถูกเปิดเผยต่อผู้วิจัยโดยไม่ได้ตั้งใจ ผู้วิจัยจึงมีแนวทางการป้องกันรักษาข้อมูลโดยการเข้ารหัสแทนชื่อ-สกุลจริง ในการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลรายบุคคลที่ได้จะเป็นความลับ เผยแพร่และตีพิมพ์ในภาพรวมโดยไม่ปรากฏชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง คือ นางสาวรวย ว่องไวยุทธ ผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ 089 725 3391 หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูล

7.4 เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

7.5 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรสังคม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน กับการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยใช้ Chi-square test ในการทดสอบทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variables) อธิบายด้วยค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 หากข้อมูลในตาราง 2x2 มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 หรือเกิน 20% พิจารณาใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วยประชาชนจำนวน 199 คน โดยเป็นเพศชาย 62 คน (ร้อยละ 31.2) และเพศหญิง 137 คน (ร้อยละ 68.8) มีช่วงอายุระหว่าง 38-92 ปี ค่ามัธยฐานอายุอยู่ที่ 64 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 55-72 ปี (ร้อยละ 54.3) รองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 55 ปี (ร้อยละ 23.6) และมากกว่า 72 ปี (ร้อยละ 22.1)

ในด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส (ร้อยละ 65.3) รองลงมาคือหม้าย (ร้อยละ 20.6) โสด (ร้อยละ 12.1) และหย่าร้าง (ร้อยละ 2.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.9) มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 7.0) มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 7.5) และระดับอนุปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ 5.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.2) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 16.6) พ่อบ้านแม่บ้าน (ร้อยละ 10.1) ภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 9.0) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 12.1) และข้าราชการ (ร้อยละ 1.5) รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,000 บาทต่อเดือน โดยรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,000-8,000 บาท (ร้อยละ 57.8) รองลงมาคือน้อยกว่า 2,000 บาท (ร้อยละ 22.1) และมากกว่า 8,000 บาท (ร้อยละ 20.1) ช่วงของรายได้มี

ความแปรปรวนมาก (0–200,000 บาท) ในด้านค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 25.81 โดยช่วงค่าระหว่าง 11.24–54.40 กลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 23.38–28.69) มีมากที่สุด (ร้อยละ 50.8) รองลงมาคือกลุ่ม BMI ต่ำกว่า 23.37 และมากกว่า 28.70 อย่างละร้อยละ 24.6 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7 ปี ช่วงระหว่าง 1–30 ปี โดยกลุ่มที่ป่วยระหว่าง 3–15 ปีมีมากที่สุด (ร้อยละ 61.3) รองลงมาคือกลุ่มป่วยนานกว่า 15 ปี (ร้อยละ 19.6) และกลุ่มป่วย 1–2 ปี (ร้อยละ 19.1) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.3) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 59.3) ขณะที่โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็งรวมกันคิดเป็นร้อยละ 11.1 พฤติกรรมด้านการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าร้อยละ 64.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 35.7) ไม่ได้ติดตามด้วยวิธีดังกล่าว ระดับ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ไม่ดี โดยร้อยละ 66.3 มีค่า HbA1c มากกว่า 7 ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7.8 (ช่วง 5.2–18.0) ขณะที่ร้อยละ 33.2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($HbA1c \leq 7$)

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีโรคร่วมเรื้อรัง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ศึกษา

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามที่ครอบคลุมหัวข้อสำคัญ ได้แก่ สาเหตุ อาการ ผลกระทบ แนวทางการดูแลรักษา และการป้องกันโรคเบาหวาน จากผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.9 ขณะที่ร้อยละ 22.1 มีความรู้ในระดับปานกลาง และไม่มีผู้ที่มีความรู้ในระดับน้อย ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เท่ากับ 16.0 โดยมีคะแนนต่ำสุดที่ 9.0 และคะแนนสูงสุดที่ 19.0 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ตามตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาความรู้รายข้อ พบว่ามีหลายประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ถูกต้องในสัดส่วนที่สูง ได้แก่ ความเชื่อมโยงระหว่างการบริโภคน้ำตาลและอาหารหวานกับการเกิดโรคเบาหวาน (ร้อยละ 92.0), ความเข้าใจว่าหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 96.0), การรับรู้วาระระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าสูงมาก (ร้อยละ 96.5), ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 94.5), การรับรู้ว่าคุณป่วยเบาหวานมักมีบาดแผลหายช้ากว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 95.0) และการทราบเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานในการควบคุมระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 (ร้อยละ 95.0) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางประเด็น โดยเฉพาะเรื่องกลไกการทำงานของอินซูลิน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 19.6 ที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับความเข้าใจว่าการออกฤทธิ์ของอินซูลินไม่ได้เกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป นอกจากนี้ ยังมีเพียงร้อยละ 40.7 ที่ทราบว่าอาหารและการออกกำลังกายมีบทบาทสำคัญไม่แพ้การใช้ยาในการควบคุมโรคเบาหวาน และร้อยละ 58.8 ตอบถูกต้องเกี่ยวกับวิธีที่แม่นยำที่สุดในการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน ซึ่งไม่ใช่การตรวจปัสสาวะ ผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง แต่ยังมีประเด็นบางส่วนที่ควรส่งเสริมความรู้เพิ่มเติม โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของอินซูลิน บทบาทของพฤติกรรมสุขภาพ และวิธีการตรวจวินิจฉัยที่



เหมาะสม ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้ความรู้สุขภาพในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (n=199)

จัดกลุ่มความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	0	0
ปานกลาง	44	22.1
มาก	155	77.9
Median (min-max)	16.0 (9.0-19.0)	

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.3 ขณะที่กลุ่มที่มีระดับการรับรู้ในระดับมากมีร้อยละ 30.7 และระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 7.0 โดยค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้อยู่ที่ 42.0 จากคะแนนเต็ม 65 คะแนน (ช่วงคะแนนระหว่าง 13.0–65.0) ตามตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่าด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจสูง ได้แก่ การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (ค่ามัธยฐาน 4.25 คะแนน, ร้อยละ 53.8 ตอบว่ามั่นใจมากที่สุด), การปรับการใช้ยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ค่ามัธยฐาน 3.80 คะแนน), การสังเกตอาการทางสายตา เช่น ตาพร่ามัว (ค่ามัธยฐาน 3.53 คะแนน) และการตรวจฉีดยาอินซูลิน (ค่ามัธยฐาน 3.44 คะแนน) ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเอง

ในด้านพื้นฐาน ในขณะที่ด้านที่มีระดับการรับรู้ต่ำ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (ค่ามัธยฐาน 2.58 คะแนน, ร้อยละ 29.1 ตอบว่าไม่มั่นใจ), การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ค่ามัธยฐาน 3.11 คะแนน), และการเลือกอาหารที่เหมาะสมในงานเลี้ยง (ค่ามัธยฐาน 3.09 คะแนน) ซึ่งแสดงถึงความไม่มั่นใจในการจัดการสถานการณ์เฉพาะที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปานกลาง โดยมีจุดแข็งด้านการดูแลตนเองทั่วไป เช่น การพบแพทย์และสังเกตอาการผิดปกติ อย่างไรก็ตาม ด้านที่เกี่ยวข้องกับทักษะเฉพาะ เช่น การตรวจน้ำตาลด้วยตนเองหรือการจัดการภาวะฉุกเฉินยังเป็นจุดที่ควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม ซึ่งข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต



ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n = 199)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	14	7.0
ปานกลาง	124	62.3
มาก	61	30.7
Median (min-max)	42.0 (13.0-65.0)	

4. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.8 รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 32.2) โดยไม่มีผู้ป่วยที่อยู่ในระดับพฤติกรรมสุขภาพต่ำ ค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ที่ 73.0 (ช่วงคะแนน 56.0–97.0) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ในระดับปานกลางถึงดี ตามตารางที่ 3 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผู้ป่วยยังมีแนวโน้มเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมในสัดส่วนที่น่ากังวล โดยร้อยละ 51.8 ยังคงบริโภคอาหารที่มีรสหวาน ร้อยละ 52.8 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และร้อยละ 47.7 บริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 73.4 งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

4.2 พฤติกรรมมารับประทานยา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยร้อยละ 31.2 รับประทานยาตรงเวลา และร้อยละ 71.9 ไม่ปรับยาดด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละ 56.3 มี

การใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมร่วมด้วย ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษา

4.3 พฤติกรรมออกกำลังกาย

ออกกำลังกายยังอยู่ในระดับต่ำ โดยมีเพียงร้อยละ 23.1 ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (30–60 นาทีต่อวัน) และร้อยละ 12.6 ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำให้ออกกำลังกายหลังอาหาร 2 ชั่วโมง สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้ป่วย

4.4 การจัดการความเครียดและภาวะทางจิตใจ

ผู้ป่วยจำนวนมาก (ร้อยละ 58.3) มีความรู้สึกเศร้า หดหู่ หรือท้อแท้ โดยมีเพียงร้อยละ 36.7 ที่สามารถพูดคุยระบายความเครียดกับผู้อื่นได้ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 42.2 สามารถยอมรับภาวะของโรคเบาหวานและไตเรื้อรังได้ดี ซึ่งถือเป็นแนวโน้มที่ดีต่อการปรับตัวในการดูแลสุขภาพ

สรุป พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีจุดแข็งในเรื่องการรับประทานยาและการงดแอลกอฮอล์ แต่ยังมีจุดที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการภาวะทางจิตใจ ซึ่งควรเป็นเป้าหมายสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 199)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	0	0
ปานกลาง	135	67.8
มาก	64	32.2
Median (min-max)	73.0 (56.0-97.0)	

5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาชีพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.013) โดยผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 25 คน และควบคุมไม่ได้ 43 คน ขณะที่กลุ่มที่ประกอบอาชีพค้าขาย นักธุรกิจ และข้าราชการ ควบคุมได้ 7 คน และควบคุมไม่ได้ 20 คน ส่วนกลุ่มรับจ้างทั่วไปมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในอัตราสูง โดยควบคุมได้เพียง 3 คน และควบคุมไม่ได้ 30 คน แสดงให้เห็นว่าอาชีพอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วย

ในด้านการมีโรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 63

คน และควบคุมไม่ได้ 111 คน ขณะที่ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ควบคุมได้ 4 คน และควบคุมไม่ได้ 21 คน การทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.046) บ่งชี้ว่าการมีโรคร่วมมีแนวโน้มส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคนี้อาจควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 48 คน และควบคุมไม่ได้ 72 คน ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ 19 คน และควบคุมไม่ได้ 60 คน ผลการทดสอบไคสแควร์ให้ค่า p-value ต่ำกว่า 0.05 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโรคความดันโลหิตสูงอาจมีบทบาทต่อประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 199)

ปัจจัย	ระดับน้ำตาลในเลือด		X ²	df	p-value
	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้			
อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป	3	30	14.48	5	0.013
ภาวะพึ่งพิง	8	10			
พ่อบ้าน แม่บ้าน	8	12			
ค้าขาย นักธุรกิจ ข้าราชการ	7	20			
เกษตรกร	25	43			
อื่นๆ	16	17			
การมีโรคประจำตัว					
มี	63	111	3.99	1	0.046
ไม่มี	4	21			
โรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง					
มี	48	72	5.42	1	0.020
ไม่มี	19	60			

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 199 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 55-72 ปี มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 5,000 บาทต่อเดือน และมีดัชนีมวลกายในเกณฑ์น้ำหนักเกินถึงอ้วน โดยมากกว่าครึ่งมีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เผยให้เห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.3 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c > 7) ขณะที่ร้อยละ 33.7 ควบคุมได้อยู่ในเกณฑ์ดี ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 77.9) โดยตอบคำถามได้ถูกต้องในประเด็นเกี่ยวกับอาการและผลกระทบของโรค แต่ยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางหัวข้อ เช่น กลไกของอินซูลิน และวิธีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.3) ผู้ป่วยมีความมั่นใจในด้านการพบแพทย์และการใช้ยา แต่ขาดความมั่นใจในการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง และการรับมือกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.8) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานยาและการงดแอลกอฮอล์ แต่ยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงยังประสบปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความเครียดและความหดหู่ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการมีโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่ปัจจัยอื่น เช่น เพศ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วย ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

การอภิปรายผล

1. อาชีพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการศึกษาพบว่า อาชีพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันมีความแตกต่างอย่างชัดเจนในด้านความสามารถในการควบคุมระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่าเกณฑ์ ($< 7\%$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

(1) ภาระหน้าที่ทางสังคมและข้อจำกัด

ด้านเวลา กลุ่มผู้ที่ทำงานประจำมักมีตารางเวลาที่แน่นอน ขาดเวลารับประทานอาหารและยาอย่างเหมาะสม หรือไม่สามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ ซึ่งอาจรบกวนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องทำงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือทำงานกะกลางคืน ซึ่งอาจส่งผลต่อระบบนาฬิกาชีวิต (circadian rhythm) และเมตาบอลิซึมของร่างกาย¹⁵

(2) ฐานะทางเศรษฐกิจและการเข้าถึง

ทรัพยากรสุขภาพ แม้อาชีพบางประเภทจะสะท้อนรายได้และความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น แต่หากลักษณะงานมีความเครียดสูงหรือขาดเวลา

ว่าง ก็อาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น อาชีพจึงมีผลกระทบต่อทั้งเชิงบวกและลบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ตามแนวคิดของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health)¹⁶

(3) วิถีชีวิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ลักษณะของงานมีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น งานที่นั่งโต๊ะตลอดวันอาจจำเป็นต้องมีการออกกำลังกายนอกเวลางานเพิ่มเติม ในขณะที่งานใช้แรงกายอาจช่วยเผาผลาญพลังงานได้แต่ก็มักมาพร้อมกับความเหนื่อยล้าและภาวะเครียดซึ่งอาจกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม¹⁴

สรุปการศึกษานี้ให้หลักฐานสนับสนุนว่า **อาชีพเป็นตัวแปรทางสังคมเศรษฐกิจที่มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมโรคเบาหวาน** แม้จะไม่สามารถชี้เหตุและผลได้โดยตรงเนื่องจากลักษณะการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional) แต่ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเหมาะสมกับลักษณะงานและเวลาของแต่ละบุคคล โดยควรคำนึงถึงเงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอาชีพ เช่น การปรับตารางการใช้ยา การให้คำแนะนำด้านสุขภาพในสถานที่ทำงาน หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละอาชีพ

2. การมีโรคประจำตัวและโรคความดันโลหิตสูงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 48 คน และควบคุมไม่ได้ 72 คน ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีโรคความดันโลหิต

สูงควบคุมได้ 19 คน และควบคุมไม่ได้ 60 คน ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับวรรณกรรมทางการแพทย์ที่ชี้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับกลไกทางสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การเกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) การอักเสบระดับเซลล์ และความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทในการทำให้ระดับ HbA1c สูงขึ้น¹⁷ นอกจากนี้ การมีโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มภาระการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านการใช้ยา การเข้ารับบริการบ่อยครั้ง และข้อจำกัดด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยก่อนหน้าในประเทศไทยโดยคณะนุช แจงพรมา และ พัทธนันท์ คงทอง ยังรายงานผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสควบคุมระดับ HbA1c ได้น้อยกว่าผู้ไม่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ ขณะที่แนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 2023) ก็ระบุว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความยากลำบากในการควบคุมโรค^{19,205}

ดังนั้น การมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะความดันโลหิตสูง ควรได้รับการพิจารณาเป็นปัจจัยร่วมสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครอบคลุม ทั้งในระดับนโยบายและระดับบริการสุขภาพรายบุคคล เพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1.) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1.1) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นทั้งความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสาธิตการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง การเลือกอาหารในสถานการณ์จริง และการควบคุมอารมณ์หรือความเครียด

1.2) ควรพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและควบคุม HbA1c ไม่ได้

1.3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มหรือชมรมผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่

2.) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

2.1) ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมแบบ Longitudinal Study เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c และปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมในระยะยาว

2.2) ศึกษาความเชื่อหรือเจตคติของผู้ป่วย ต่อการดูแลตนเองโดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกาย เช่น การควบคุมภาวะน้ำตาลต่ำ หรือการออกกำลังกาย ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่มองไม่เห็น

2.3) พัฒนาแบบประเมินตนเองที่ง่ายและใช้ได้จริงในชุมชน เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการควบคุมโรค และใช้ติดตามความก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่อง

3.) ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ควรเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ที่จัดโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ



ชมรมผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และการเลือกอาหารอย่างเหมาะสม และดูแลสุขภาพจิต เช่น ฝึก

ผ่อนคลาย ลดความเครียด และหากมีอาการเหตุผู้ควรปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ศรีเมืองการพิมพ์.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติสาธารณสุข 2565* (พิมพ์ครั้งที่ 1).
3. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, & นิพา ศรีช้าง. (2561). *การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน: ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561* (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, บ.ก.).
4. คณิตนุช แจ้งพรอมมา และพัชรัตน์ คงทอง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 10(19), 1-13.
5. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567.). *รายงานตัวชี้วัดในระดับ NCD ClinicPlus จังหวัดตรัง*. สืบค้นจาก <http://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566* (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
7. ธนวัฒน์ สุวัฒน์กุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 515-522.
8. วรณิกา พู่เฟื่อง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย ประเทศไทย. *เขียงรายเวชสาร*, 11(2), 42-51.
9. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, & วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563* (พิมพ์ครั้งที่ 1, วิชัย เอกพลากร, บ.ก.). สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์.
10. Allen, A., Welch, L., Kirkland, K., Trout, D., & Baron, S. (2017). Development of a diabetes mellitus knowledge resource for clinical decision support assisting primary care physicians with work-related issues. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(11), e236-e239. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001181>
11. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
12. Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (10th ed., E. Keohane, Ed.). John Wiley & Sons, Inc.



13. De Boer, I. H., Bangalore, S., Benetos, A., et al. (2017). Diabetes and hypertension: A position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 40(9), 1273–1284.
<https://doi.org/10.2337/dci17-0026>
14. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2022). *What is diabetes?*
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes>
15. Ong, K. L., Stafford, L. K., McLaughlin, S. A., et al. (2023). Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 402(10397), 203–234. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01301-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01301-6)
16. Sun, J., Hu, W., Ye, S., Deng, D., & Chen, M. (2023). The description and prediction of incidence, prevalence, mortality, disability-adjusted life years cases, and corresponding age-standardized rates for global diabetes. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 13(3), 566–576.
<https://doi.org/10.1007/s44197-023-00138-9>
17. Tanujaya, B., Prahmana, R. C. I., & Mumu, J. (2022). Likert scale in social sciences research: Problems and difficulties. *FWU Journal of Social Sciences*, 16(4), 89–101.
https://www.researchgate.net/publication/366425620_Likert_Scale_in_Social_Sciences_Research_Problems_and_Difficulties
18. Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.
19. World Health Organization. (2011). *Use of glycosylated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70523/WHO_NMH_CHP_CPM_11.1_eng.pdf