Risk Perception of Diabetic Complications in Older Adults with Poorly Controlled Diabetes: A Qualitative Study*

Junjira Seesawang, RN, PhD[1], Pulawit Thongtaeng, RN, PhD[2], Nongnaphat Rungnoei, RN, EdD[3]

Abstract

Purpose: To explore risk perception of diabetic complications among older adults with poorly controlled diabetes.

Design: Descriptive correlational research design.

Methods: A purposive sample technique was used to recruit 30 participants living in a province of Western Thailand. Data were collected through in-depth interviews using a semi-structured interview guide, and analyzed using thematic analysis.

Main findings: Five major themes emerged: (1) Perceived challenges in diabetes control, influenced by beliefs about heredity, advanced age, and limitations of medications; (2) Determinants of risk appraisal, reflecting factors influencing different levels of risk perception; (3) Awareness of potential complications and consequences, which significantly influenced daily functioning and were perceived as leading to disability and life-threatening outcomes; (4) Behavioral adaptation in response to risk perception, encompassing dietary modification, engagement in physical activity, utilization of modern medicines and herbal remedies, and self-monitoring of blood glucose; (5) Perceived need for self-care support, highlighting the demand for comprehensible health information, continuous follow-up, and emotional support from family and community networks.

Conclusion and recommendations: Older adults with uncontrolled diabetes perceive risks of complications based on both personal and indirect experiences, with many believing that diabetes is inherently difficult to control. Risk perceptions influence self-care practices, yet gaps persist in accessible information, follow-up care, and emotional support. Healthcare providers should prioritize clear communication adapted to daily contexts of older adults, systematic monitoring, and enhanced family-community engagement through culturally sensitive strategies.

Keywords: complications, diabetes, older adults, perception, risk

Nursing Science Journal of Thailand. 2026;44(3):231-247.

Corresponding Author: Assistant Professor Pulawit Thongtaeng, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai Province, 50180 Thailand; e-mail: pulawit@yahoo.com

* *This research project is supported by National Science Research and Innovation Fund (NSRF) and Praboromarajchanok Institute*

[1] *Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand*

[2] *Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand*

[3] *Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand*

Received: 21 January 2026 / Revised: 17 April 2026 / Accepted: 26 April 2026

การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้: การศึกษาเชิงคุณภาพ*

จันทร์จิรา สีสว่าง, PhD[1] ปุลวิชช์ ทองแตง, ปร.ด.[2] นงณภัทร รุ่งเนย, ค.ด.[3]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันตกของประเทศไทย เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 5 ประเด็นหลัก คือ 1) รับรู้ความยากในการควบคุมเบาหวานเนื่องมาจากความเชื่อด้านกรรมพันธุ์ อายุ และข้อจำกัดของยา 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินความเสี่ยง สะท้อนถึงปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเสี่ยงที่แตกต่างกัน 3) ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่ตามมา ซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดความพิการและคุกคามชีวิต 4) ปรับพฤติกรรมตามการรับรู้ความเสี่ยง โดยการเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร และตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง และ 5) ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลตนเอง ซึ่งสะท้อนความต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่าย การดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและชุมชน

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับทั้งประสบการณ์จริงและประสบการณ์จากคนใกล้ตัว ทั้งนี้ส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคเบาหวานควบคุมยาก ซึ่งการรับรู้ ความเสี่ยงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างในด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เข้าใจง่าย การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และที่เข้าใจง่าย การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนผ่านกลยุทธ์ที่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ การรับรู้ ความเสี่ยง

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2569;44(2):231-247.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปุลวิชช์ ทองแตง, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180, e-mail: pulawit@yahoo.com

* *โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุนส่งเสริม ววน.) และสถาบันพระบรมราชชนก*

[1] *วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*

[2] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*

[3] *สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*

รับบทความ: 13 มิถุนายน 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 25 ธันวาคม 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 มกราคม 2569

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งสถานการณ์โรคเบาหวานทวีความรุนแรงในทุกประเทศ ในประเทศไทยพบผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.1 ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงร้อยละ 36.5 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 5.3 ล้านคน[1] สำหรับจังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยกำหนดเกณฑ์ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7% ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 72, 73.7 และ 74.3 ตามลำดับ[2] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเฉียบพลัน และในระยะยาว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง ความผิดปกติของระบบประสาท และการสูญเสียการมองเห็น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ[3]

การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย[4] หากผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตรงตามสถานการณ์จริง ย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ในทางกลับกัน หากการรับรู้ความเสี่ยงบิดเบือน เช่น มองว่าภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรงหรือไกลตัวเกินไป ก็อาจทำให้เกิดการละเลยการดูแลตนเอง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว[5] ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นำไปสู่การลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง[6-7] เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงถือเป็นกลไกกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนมิได้เกิดจากความกลัวภาวะแทรกซ้อนของโรคเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการตระหนักรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง และการเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้[8] แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง โดยผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นต่ำกว่าความเป็นจริง แม้จะมีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกที่ชัดเจน เช่น ภาวะอ้วน และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง นอกจากนี้การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย เบาหวานขึ้นตา และแผลที่เท้า ยังพบว่าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (เช่น ระดับการศึกษา และรายได้) ปัจจัยด้านประสบการณ์โรค (เช่น ระยะเวลาเป็นโรคและโรคร่วม) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (เช่น ดัชนีมวลกาย และการสูบบุหรี่) และปัจจัยด้านชีวภาพ (เช่น เพศ อายุ)[9-10]

ในบริบทของผู้สูงอายุ การรับรู้ความเสี่ยงมีความซับซ้อนกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยมีข้อจำกัดทางกายภาพและความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ทำให้การเข้าถึงและการตีความข้อมูลสุขภาพมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ อีกทั้งยังได้รับอิทธิพลจากความเชื่อและค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรมที่สั่งสมมา[11] เช่น วัฒนธรรมการบริโภคขนมหวานในจังหวัดเพชรบุรี ความเชื่อเรื่องการบริโภคอาหารหรือการรักษาแบบดั้งเดิม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้การประเมินโอกาสและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่ตรงกับความเป็นจริง[5]

นอกจากนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจ สังคม และภูมิศาสตร์ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่แหล่งข้อมูลสุขภาพมีจำกัด ผู้สูงอายุจึงอาจพึ่งพาประสบการณ์ของตนเองหรือคำแนะนำจากคนรอบข้างมากกว่าข้อมูลเชิงวิชาการ[4] และจากการสังเกตการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้วิจัยพบว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีระดับ HbA1c ≥ 7% ต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน แต่ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังคงประเมินว่าตนเอง “ควบคุมได้พอสมควร” และมีแนวโน้มประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าความเป็นจริง เช่น ผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เริ่มมีอาการชาปลายเท้า แต่ประเมินความเสี่ยงของตนเองต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นที่ต้องตัดขา ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับมุมมองที่ว่าโรคเบาหวานเป็นภาวะที่พบได้ตามวัย รวมถึงการเปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการรุนแรงกว่า[10] ส่งผลให้ความตระหนักในการดูแลตนเองลดลง นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาล และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด เช่น ไตเสื่อม แผลที่เท้า และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการพึ่งพิงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น[3] สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต้องพิจารณาความซับซ้อนของบริบทดังกล่าว เพื่อให้การสนับสนุนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อและความสามารถของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่มีบริบททางวัฒนธรรมแตกต่างจากประเทศไทย โดยศึกษาเกี่ยวกับระดับการรับรู้ความเสี่ยง[12-14] และการศึกษาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน[15] ในผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วไป ซึ่งงานวิจัยที่ศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ยังมีจำนวนจำกัดในวรรณกรรมปัจจุบัน ทั้งนี้ยังขาดองค์ความรู้ที่ทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเองตามการรับรู้ความเสี่ยงของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เช่น มุมมองต่อความเสี่ยงของตนเอง ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเอง และความต้องการการดูแล การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการสำรวจและทำความเข้าใจประสบการณ์ มุมมอง และการตีความการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมของจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงเป็นกระบวนการทางความคิดที่ซับซ้อนและมีมิติทางสังคมวัฒนธรรม การศึกษาเชิงปริมาณอาจสะท้อนเพียงระดับคะแนน แต่ไม่สามารถอธิบายความหมายและเหตุผลเบื้องหลังการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเหมาะสมในการทำความเข้าใจประสบการณ์ การตีความความเสี่ยง และบริบทชีวิตของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง ซึ่งยังมีการศึกษาจำกัดในปัจจุบัน ทั้งนี้ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล เพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่กับโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

โดยใช้โมเดลจำลองการไหลเวียนเลือดสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้" ซึ่งบทความวิจัยนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ที่ให้ความสำคัญกับการตีความ ให้ความหมาย และสังเคราะห์ข้อค้นพบจากการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive analysis) ตามปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้[16]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากผลการตรวจระดับ HbA1c ครั้งสุดท้ายของปี พ.ศ. 2567 ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 4,731 คน

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่กึ่งเมืองของอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคัดเลือกจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้สูงอายุชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (2) มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 7% ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน (3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) และได้คะแนนรวม ≥ 24 คะแนน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่บ่งชี้ว่าการทำงานด้านการรู้คิดอยู่ในระดับปกติ และ (4) สื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมินจาก คะแนน Activities of Daily Living (ADL) ตามแบบประเมิน Barthel Index ซึ่งมีคะแนนน้อยกว่า 11 คะแนน (2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และ (3) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้ารุนแรง โรคจิต หรือความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูลและความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล[17] ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลที่สัมภาษณ์มีจำนวน 30 ราย เมื่อข้อมูลเกิดการอิ่มตัว ไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง รอบเอว สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น ๆ ยาที่ใช้ ประวัติการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

2. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[9-10,12-15] ภายใต้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โครงสร้างคำถามประกอบด้วย 4 หมวดหลัก ได้แก่ (1) ประสบการณ์การดำเนินชีวิตกับโรคเบาหวาน (2) การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ (4) ความต้องการการดูแลและการสนับสนุน โดยข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด (open-end) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการตอบคำถาม ตัวอย่างคำถาม เช่น "ท่านคิดว่าโรคเบาหวานมีผลต่อชีวิตประจำวันของท่านอย่างไร" "ท่านเข้าใจคำว่า ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ว่าอย่างไรบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไรที่ตนเองไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้?" "ปัจจัยใดที่ทำให้ท่านควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก" และ "ท่านทำอย่างไรบ้างในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของท่าน และต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้างจากบุคลากรสุขภาพ"

ซึ่งในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้คำถามแบบเจาะลึก (probing questions) เช่น “ขอให้ท่านช่วยอธิบายในประเด็นนี้เพิ่มเติม ว่าท่านหมายความอย่างไร” เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง

3. แบบบันทึกภาคสนาม

4. เครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความครอบคลุมของข้อมูลและความสอดคล้องกับจุดประสงค์ที่ต้องการวัด ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและวัดค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้เท่ากับ 1.00 จึงนำไปใช้กับผู้ให้ข้อมูล สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (pilot study) จำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการศึกษาก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่เก็บได้สะท้อนมุมมองของผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากอคติของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมด้วยการทบทวนและทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทดลองเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้น รวมถึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากประสบการณ์เดิม เพื่อยกระดับสมรรถนะด้านการวิจัย นอกจากนี้ยังได้มีการเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย โดยทุกท่านได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ และฝึกทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี [เลขที่ คจม.พบ. 044/2567] (รับรองตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง 19 ธันวาคม พ.ศ. 2568) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเข้ารับบริการ รวมถึงแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะไม่มีการลงชื่อหรือรหัสที่จะอ้างถึงผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และข้อมูลจะถูกทำลายทันทีหลังจากการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัย นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเชิงวิชาการ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 มีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 แห่ง เพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย และขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์

2. ผู้วิจัยคนที่ 1 ทำหน้าที่เป็นบุคคลสำคัญในการเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกภาคสนาม เนื่องจากมีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี โดยติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อสอบถามความสมัครใจและขออนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยตรง

จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เพื่อแนะนำตัว และคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์อีกครั้งตามสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการวิจัย ขอความยินยอม ขออนุญาตบันทึกเสียง และให้ลงชื่อในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นเริ่มการสัมภาษณ์ในสถานที่ที่สะดวกและเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลารายละ 45-60 นาทีต่อครั้ง คนละ 1-2 ครั้ง โดยใช้คำถามปลายเปิดร่วมกับคำถามเจาะลึก (probing question) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง และมีการจดบันทึกสิ่งที่สังเกตในช่วงที่มีการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่กันตั้งแต่ผู้ให้ข้อมูลรายแรก (concurrent data analysis) เมื่อสัมภาษณ์ถึงรายที่ 21 เริ่มพบข้อมูลที่มีลักษณะซ้ำกันในหลายประเด็น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนและวิเคราะห์เชิงลึก ผู้วิจัยคนที่ 1 และ 2 เห็นว่ายังมีบางประเด็นที่ต้องการความชัดเจนเพิ่มเติม จึงปรึกษาและแลกเปลี่ยนผลการวิเคราะห์กับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูล หลังจากนั้นได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องจนถึงผู้ให้ข้อมูลรายที่ 30 จึงพบว่าข้อมูลมีความครบถ้วน ไม่ปรากฏประเด็นใหม่เพิ่มเติม (data saturation) จึงยุติการเก็บข้อมูล รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 30 ราย ทั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 รายที่ได้รับการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเป็นครั้งที่สอง เพื่อขยายความและตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลในประเด็นสำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS version 21) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เนื่องจากวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ของ Braun และ Clarke[18] ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (immerse in the data) โดยการอ่านข้อมูลที่ได้ถอดเทปจากการสัมภาษณ์และบันทึกภาคสนามอย่างละเอียดซ้ำ ๆ หลายครั้งจนเข้าใจและคุ้นเคยกับเนื้อหา และจับใจความสำคัญ 2) สร้างรหัสเริ่มต้น (initial codes) โดยการขีดเส้นใต้หรือระบุคำสำคัญที่ตอบคำถามการวิจัย กำหนดรหัส (coding) 3) ค้นหาธีม (themes) โดยรวมรหัส (code) ที่มีความหมายเหมือนกันจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จัดหมวดหมู่ (categorizing) ดูความแตกต่างและความเหมือน นำหมวดหมู่มาจัดประเด็นย่อย (subthemes) และประเด็นใหญ่ (themes) 4) ทบทวนประเด็น (reviewing themes) ผู้วิจัยตรวจสอบความสอดคล้องของรหัสข้อมูลภายในแต่ละธีม หากพบความไม่สอดคล้อง จึงปรับแยก รวม หรือจัดกลุ่มใหม่ตามความเหมาะสม และทบทวนธีมกับข้อมูลทั้งหมดอีกครั้ง เพื่อประเมินว่าธีมสามารถอธิบายรูปแบบความหมายของข้อมูลได้อย่างครอบคลุมและไม่ขัดแย้งกับข้อมูลดิบ โดยใช้แผนผังความสัมพันธ์ของธีม (thematic map) เพื่อแสดงโครงสร้างและความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นหลักและประเด็นย่อย 5) กำหนดและตั้งชื่อประเด็น (defining and naming themes) โดยตั้งชื่อให้ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดในกลุ่มประเด็นหลัก และ 6) เขียนอธิบายประเด็นและยกตัวอย่างจากข้อมูล (producing the report)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness)

การศึกษาครั้งนี้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba[16] สามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยใช้วิธีการยืนยันข้อมูล (member checking) โดยนำผลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตที่ได้มีการบันทึกและสรุปไว้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน ตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่นำเสนอมีความถูกต้องตรงตามข้อเท็จจริง และสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล 2) ความคงที่ของข้อมูล (dependability) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการศึกษาได้รับการตรวจสอบโดยทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันความสอดคล้องและ

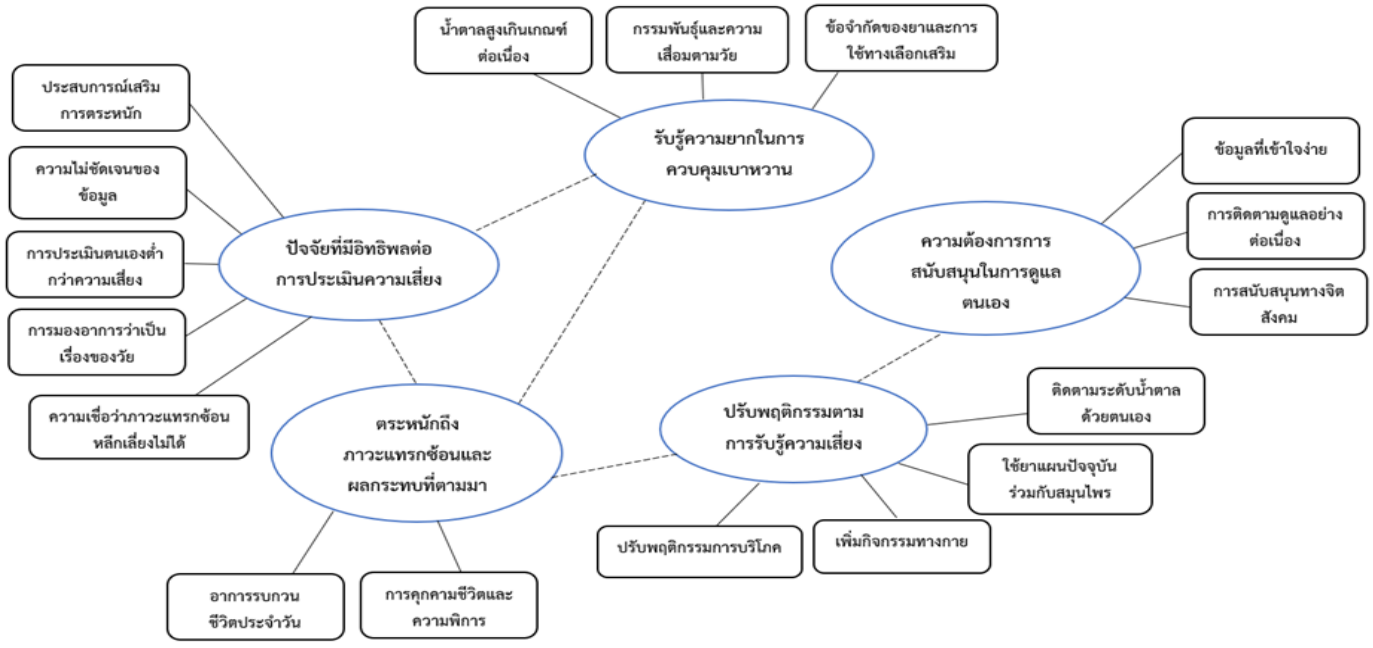
ความตรงประเด็นของผลการวิเคราะห์ (consistency) 3) การยืนยันความถูกต้อง (confirmability) ทุกขั้นตอนของการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลมีหลักฐานอ้างอิงชัดเจนและสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ (audit trail) เช่น บันทึกภาคสนาม แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล เอกสารจากการถอดเทป และผลการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยคนที่ 1 และ 2 อย่างอิสระ และอภิปรายเปรียบเทียบผลการให้รหัสข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ทั้งในด้านวิธีการเก็บข้อมูล (สัมภาษณ์ และการวิเคราะห์เอกสาร) และด้านการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) รวมทั้งการบันทึกเชิงสะท้อนคิด (reflexive journal) ซึ่งผู้วิจัยจดบันทึกความรู้สึก ความคิด และการตีความที่อาจมีผลต่อข้อมูล และ 4) การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) พร้อมทั้งอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ ซึ่งการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อพบว่าข้อมูลเริ่มซ้ำและไม่ปรากฏประเด็นใหม่เพิ่มเติม ซึ่งบ่งชี้ว่าข้อมูลได้ถึงจุดอิ่มตัวแล้ว

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก 30 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 66.3 ปี (SD = 3.02) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.7) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 40) ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.8 ปี (SD = 3.58) ส่วนมากมีโรคความดันโลหิตร่วมด้วย (ร้อยละ 36.7) มีดัชนีมวลกายเกิน (ร้อยละ 63.3) ส่วนใหญ่รักษาด้วยการรับประทานยา (ร้อยละ 80) และส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองยังไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 70)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีข้อค้นพบ 5 ประเด็นหลักคือ 1) รับรู้ความยากในการควบคุมเบาหวาน 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินความเสี่ยง 3) ตระหนักถึงผลกระทบและความเสี่ยง 4) ปรับพฤติกรรมตามการรับรู้ความเสี่ยง และ 5) ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลตนเอง โดยมีรายละเอียดดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แก่นสาระและ subtheme ของการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

1. รับรู้ความยากในการควบคุมน้ำตาล ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดว่าทำได้ยาก ซึ่งเป็นผลให้ผู้ให้ข้อมูลยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองให้อยู่ในระดับปกติ หรือตามที่แพทย์วางแผนไว้ได้ ทั้งนี้มีองค์ประกอบ 3 ประเด็นย่อย คือ ระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์ต่อเนื่อง กรรมพันธุ์และความเสื่อมตามวัย และข้อจำกัดของยาและการใช้ทางเลือกเสริม

ระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์ต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อธิบายการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ว่า เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด โดยมุมมองดังกล่าวพบมากในผู้ที่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการอธิบายผลเลือดจากแพทย์หรือพยาบาลโดยตรง ทำให้การประเมินตนเองอิงกับค่าที่บุคลากรสุขภาพกำหนด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า *“หมอบอกว่าน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์แล้ว แบบนี้เรียกว่าคุมไม่ได้นะป้า...”* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 2) ขณะที่บางรายให้ความหมายของการควบคุมไม่ได้ว่าเป็นการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมักพบในผู้ที่มีประสบการณ์ผลตรวจสูงหลายครั้งติดต่อกัน และรับรู้รูปแบบความผิดปกติจากประสบการณ์ของตนเองมากกว่าการอ้างอิงเกณฑ์ทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า *“มันมีน้ำตาลสูงตลอด... แบบนี้คุมไม่ได้นะ”* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 9)

กรรมพันธุ์และความเสื่อมตามวัย ผู้ให้ข้อมูลบางรายเข้าใจว่าสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ หากมีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคเบาหวานแล้วควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตนเองก็จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เช่นกัน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *“พี่ชายลุงก็เป็น ก็น่าจะมาจากอันนี้แหล่ะ พี่ชายก็คุมไม่ได้เหมือนกัน แล้วตอนหลังเขาก็เป็นโรคไต ต้องล้างไต”* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 1) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายคิดว่าอายุที่มากขึ้นทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ยาก ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *“เราอายุมากแล้ว พอแก่แล้วอะไรมันก็ไม่ดีหรอก เป็นโรคนี้แล้วก็คุมไม่ได้ พออายุเยอะมันก็คุมยากไม่เหมือนหนุ่ม ๆ สาว ๆ นะ”* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 7)

ข้อจำกัดของยาและการใช้ทางเลือกเสริม ผู้ให้ข้อมูลหลายรายสะท้อนความเชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น การรับประทานยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ส่งผลให้บางรายเกิดความรู้สึกท้อแท้ต่อการดูแลตนเอง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *“กินยาที่หมอให้มา ก็ไม่เห็นว่าจะคุมน้ำตาลได้ มันก็ยังสูงเหมือนเดิม คนเราพออายุเยอะแล้วยาก็ช่วยลำบาก กินแล้วไม่เห็นผล ก็ไม่รู้ว่าจะต้องกินทำไม กินแล้วไม่ดีขึ้น”* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 5) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายเชื่อว่าควรใช้สมุนไพรหรือยาแผนโบราณร่วมด้วย โดยมองว่าเป็นทางเลือกเสริมเมื่อการรักษาเดิมไม่เห็นผล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล *“เราจะกินยาที่หมอให้ยาอย่างเดียวไม่ได้หรอก กินมานาน มันไม่ลด ก็ต้องใช้สมุนไพรด้วย ที่เขาบอกว่ามันลดน้ำตาลได้ เคยกินมะระขี้นก”* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 6)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินความเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลมีการประเมินตนเองว่าเสี่ยงหรือไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามเงื่อนไขหรือบริบทส่วนบุคคล ปัจจัยเหล่านี้มีผลทั้งในการส่งเสริมให้เกิดการตระหนักถึงความเสี่ยง และในบางกรณีอาจลดทอนหรือบิดเบือนการรับรู้ความเสี่ยง ส่งผลให้การประเมินตนเองแตกต่างกันระหว่างบุคคล ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ประเด็นย่อย คือ ประสบการณ์เสริมการตระหนัก ความไม่ชัดเจนของข้อมูล การประเมินตนเองต่ำกว่าความเสี่ยง การมองอาการว่าเป็นเรื่องของวัย และความเชื่อว่าภาวะแทรกซ้อนหลีกเลี่ยงไม่ได้

ประสบการณ์เสริมการตระหนัก ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากประสบการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงที่คุกคามชีวิตและก่อให้เกิดประสบการณ์ด้านลบ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *“ป้าเคยน้ำตาลสูงมาก ตอนนั้นน่าจะเกิน 500 ไปโรงพยาบาลหมอบอกว่า เลือดเป็นกรด หมอให้ยาหลายตัว รอดตายมาได้รอบนั้น แต่สายตาตอนนี้ไม่ดี มองเห็นไม่ชัดแล้ว หมอบอกว่าเบาหวานขึ้นตา”* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 27)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้รับรู้หรือเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความเสี่ยงของผู้อื่น ผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าเดิม นำไปสู่ความกลัวต่อการดำเนินโรคและการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล *“เพื่อนบ้านเขาก็เป็นเบาหวาน เขาก็คุมน้ำตาลไม่ได้เหมือนกัน ตอนนี้เป็นเบาหวานลงเท้า ต้องตัดขา เป็นแผลแล้วไม่หาย”* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 22)

ความไม่ชัดเจนของข้อมูลสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจากประสบการณ์ของผู้ป่วยรายอื่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์ และจากสื่อออนไลน์ แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายจำรายละเอียดของข้อมูลไม่ได้ อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลบางรายประสบความยากลำบากในการแยกแยะความถูกต้องของข้อมูล ยิ่งทำให้การตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลงไป ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *“ความจำป้าไม่ดีแล้ว พออายุเยอะขึ้น อ่านหนังสือก็มองไม่ชัด พอหมอให้เอกสารไปอ่านให้ลงค่าน้ำตาล ก็ลำบากลูกหลาน”* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 13) และผู้ให้ข้อมูลรายอื่น *“น้องชายก็บอกว่าอายุขนาดนี้แล้วยังไงน้ำตาลก็สูงอยู่ดี ไม่ต้องกังวล ไม่มีอะไรต้องกลัว ถ้าน้ำตาลสูงก็แค่กินยา กินยาจนกว่าน้ำตาลจะลง”* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 26) นอกจากนี้การที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพปัจจุบันของตนเอง ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหรือไม่ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *“พอเจาะเลือดประจำปี เขาก็จะบอกแค่ว่าปีนี้ค่าไตลดลง เราก็ไม่รู้ว่า ลดลงมากน้อยแค่ไหน แบบไหนที่เรียกว่าอันตราย ต้องเท่าไหร่ถึงจะเสี่ยงเป็นโรคไต”* (ผู้สูงอายุชายรายที่5)

การประเมินตนเองต่ำกว่าความเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาศัยการรับรู้และการประเมินตนเอง ส่งผลให้เกิดการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าความเป็นจริง หรือมีมุมมองที่มองโลกในแง่ดีเกินไป ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน และเชื่อว่าโรคไม่ได้เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต หรือตีความว่าสถานการณ์ของตน “ยังไม่รุนแรง” ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *“ช่วงนี้ป้าดูแลตัวเองได้ค่อนข้างดี สองสามวันที่ผ่านมาเพิ่งตรวจน้ำตาลตอนเช้า เจาะเองที่นิ้ว เจาะได้ 97 ช่วงนี้ก็ไม่ค่อยมีอาการอะไร ปกติดี ไม่หิวบ่อย ป้ารู้สึกว่าตัวเองไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบบที่เห็นในโทรทัศน์เลย”* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 18)

การมองอาการว่าเป็นเรื่องของวัย ผู้ให้ข้อมูลไม่มีการเชื่อมโยงอาการของตนเองกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยอธิบายว่าตนเองมักจะมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองไม่ชัด ซึ่งตนเองคิดว่าเป็นเพราะอายุที่มากขึ้น ไม่ได้คิดว่าจะเป็นอะไรที่ร้ายแรงหรือมีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *“ปวดหัวบ่อย ก็ไม่ได้คิดว่าอันตรายอะไร เราแก่แล้วก็คิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา”* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 11) และคำพูดของรายอื่น *“บางครั้งมองไม่ชัด ตามันพร่า ๆ ก็ไม่ได้คิดถึงอะไร น่าจะเป็นเรื่องปกติของน้ำตาลสูง ก็ทำตัวปกติ แค่ช่วงไหนมีอาการก็จะลดของหวาน”* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 12)

ความเชื่อว่าภาวะแทรกซ้อนหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเชื่อว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่ท้ายที่สุดแล้วจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้จะพยายามดูแลตนเองก็ตาม ความเชื่อนี้มักเกิดจากประสบการณ์เห็นบุคคลใกล้ชิดเผชิญภาวะแทรกซ้อน หรือการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจากบุคลากรสุขภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า *“...ยังไงพอเป็นโรคนี้แล้วก็ต้องมีภาวะแทรกซ้อนตามมาอยู่ดี”* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 23)

3. ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่ตามมา ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทั้งต่อชีวิตประจำวันและการคุกคามชีวิตของตนเอง ซึ่งสะท้อนความเข้าใจถึงความรุนแรงของโรค และมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมการ

ดูแลตนเอง ทั้งนี้มีองค์ประกอบ 2 ประเด็นย่อย คือ อาการรบกวนชีวิตประจำวัน และการคุกคามชีวิตและความพิการ

อาการรบกวนชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาการที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"บางวันเดินได้นิดเดียวก็เหนื่อย ตาพร่ามัว เวียนหัวบ่อย ต้องพัก ทำงานบ้านไม่ได้"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 8) นอกจากนี้ยังรบกวนการทำกิจกรรมนอกบ้าน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"ปกติทุกเดือนจะต้องไปร่วมกิจกรรมสูงอายุ แต่หลัง ๆ มานี้ไม่ได้ไปเลย งานในหมู่บ้านก็ไปช่วยเขานิดหน่อย มันเหนื่อยง่าย เวลาเดินก็ต้องระวัง งานก็ทำเหมือนแต่ก่อนไม่ได้แล้ว"* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 10)

การคุกคามชีวิตและความพิการ ผู้ให้ข้อมูลตระหนักว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการ การรับรู้นี้เกิดจากทั้งประสบการณ์ตรงที่เคยเผชิญภาวะน้ำตาลสูงอย่างรุนแรง และประสบการณ์ทางอ้อมจากการเห็นคนใกล้ชิดเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การตัดขา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมองโรคเบาหวานเป็นภัยคุกคามต่อชีวิต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า *"ครั้งนั้นน้ำตาลขึ้นสูงหลายร้อย เกือบน็อค ไปโรงพยาบาล หมอช่วยไว้ทัน ตั้งแต่นั้นมารู้เลยว่าเสี่ยงตายได้เลย"* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 14) ในทำนองเดียวกันผู้ให้ข้อมูลบางรายประเมินความเสี่ยงของตนเองผ่านประสบการณ์ของบุคคลใกล้ชิด ดังคำกล่าวว่า *"เห็นเพื่อนเป็นเบาหวานแล้วตัดขา กลัวเหมือนกันว่าจะเป็นแบบนั้น เพราะเราก็น้ำตาลสูงเหมือนกัน"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 16)

4. ปรับพฤติกรรมตามการรับรู้ความเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับพฤติกรรมภายหลังการประเมินและตระหนักถึงความเสี่ยงจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและดูแลตนเอง เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งระดับและความต่อเนื่องของการปรับพฤติกรรมแตกต่างกันตามการประเมินและการรับรู้ความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ทั้งนี้มีองค์ประกอบ 4 ประเด็นย่อย คือ ปรับพฤติกรรมการบริโภค เพิ่มกิจกรรมทางกาย ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร และติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

ปรับพฤติกรรมการบริโภค ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน โดยเลือกรับประทานผัก ผลไม้ ปลา และหลีกเลี่ยงข้าว ขนมหวาน ของทอดตามการประเมินความเสี่ยงของตนเอง ความสะดวก และบริบทของครอบครัว ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"ลูกหลานทำกับข้าวให้ส่วนใหญ่ ก็พยายามสั่งให้ลดน้ำตาลและของหวาน ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่ก็ยังดีเราไม่ได้เสี่ยงมาก"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 3) และผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกปรับอาหารบางมื้อโดยเฉพาะมื้อเย็นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลตามคำพูดของผู้ให้ข้อมูล *"ตอนเช้าไม่ค่อยกินข้าว แต่จะกินไข่กับผักแทน รู้สึกว่าน้ำตาลไม่พุ่ง เราไม่ได้เสี่ยงมาก คุมบางมื้อก็พอ"* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 4)

เพิ่มกิจกรรมทางกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นวิธีหนึ่งในการควบคุมน้ำตาลและเพิ่มความแข็งแรงให้ร่างกาย พฤติกรรมที่ทำได้ง่าย และสอดคล้องกับความสามารถของตน เช่น เดินในหมู่บ้าน ทำงานบ้าน หรือขี่จักรยานเบา ๆ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"ทุกเช้าลุงก็เดินในหมู่บ้าน 20 นาที รู้สึกว่าร่างกายสดชื่นและน้ำตาลไม่สูงมาก"* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 15) และผู้ให้ข้อมูลรายอื่น *"ทำงานบ้านก็ช่วยได้ กวาดบ้าน ล้างจาน เหนื่อยนิดหน่อย แต่ก็รู้สึกว่าคุมเบาหวานได้ ทำแค่นี้พอ น้ำตาลสูงไม่เยอะเหมือนคนอื่น"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 17)

ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับประทานยาแผนปัจจุบันตามแพทย์สั่ง แม้บางรายรับประทานไม่ตรงเวลา หรือหลงลืมเป็นครั้งคราว ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"กินยาตามที่หมอสั่ง แต่ไม่ค่อยตรงเวลา บางครั้งก็ลืมกิน"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 20) อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูล

หลายรายใช้สมุนไพรพื้นบ้านควบคู่ไปด้วย โดยเชื่อว่าสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และปลอดภัย เนื่องจากเป็นสมุนไพรธรรมชาติ ความเชื่อนี้มักเกิดจากการบอกต่อกันในชุมชน หรือคำแนะนำจากคนรู้จักที่อ้างว่าเห็นผลดี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า *"ยาแผนปัจจุบันก็จำเป็น แต่ลุงก็กินสมุนไพรแห้งชงน้ำตามที่คนอื่นเขาแนะนำมา"* (ผู้ให้ข้อมูลชายรายที่ 19)

ติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลที่มีเครื่องตรวจน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้าน จะติดตามผลระดับน้ำตาลเป็นประจำ ทำให้รับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสามารถปรับพฤติกรรมได้ตรงจุด เช่น ปรับอาหารหรือเพิ่มการออกกำลังกาย ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล *"ป้ามีเครื่องตรวจน้ำตาลเอง ลูกซื้อไว้ให้ วันไหนสูงก็จะลดข้าวเย็นหรือเดินเพิ่มอีกหน่อย"* (ผู้ให้ข้อมูลหญิงรายที่ 24) และ *"ทุกเช้าจะเช็กน้ำตาลก่อนอาหาร รู้ว่าร่างกายเป็นอย่างไร จะได้ปรับตัวทัน"* (ผู้ให้ข้อมูลหญิงรายที่ 29)

5. ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลตนเอง เป็นความต้องการของผู้ให้ข้อมูลในการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และสังคม เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะเมื่อเผชิญข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทั้งนี้มีองค์ประกอบ 3 ประเด็นย่อย คือ ข้อมูลที่เข้าใจง่าย การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางจิตสังคม

ข้อมูลที่เข้าใจง่าย ผู้ให้ข้อมูลต้องการข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายจากบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองที่เป็นปัจจุบัน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"ฟังไม่ค่อยเข้าใจ บางคนพูดแล้วลุงก็งง อยากให้มีคนอธิบายง่าย ๆ ว่าทำไมต้องงดหวาน กินหวานไปแล้วมันอันตรายยังไง เจาะเลือดมาแล้วผลเป็นยังไง"* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 23) ในขณะที่บางรายต้องการให้มีสื่อที่ชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"ไม่ค่อยเข้าใจที่หมอบอกว่าน้ำตาลไปเกาะ แล้วทำให้ความดันสูงเป็นอัมพาตได้ ไม่เห็นภาพว่าเป็นยังไง น่าจะมีสื่อที่ทำให้เราเห็นได้ว่าเป็นยังไง"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 28)

การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้บุคลากรสุขภาพมีการดูแลใกล้ชิดหรือมีการติดตามสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน ที่สามารถแนะนำพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน เป็นต้น ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"ถ้ามีคนโทรถามบ้าง หรือมีวิธีการที่ช่วยเรื่องกินยา ก็คงไม่ลืมกิน"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 21) และคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายอื่น *"อยากให้ อสม. มาสอนเรื่องกินอาหารบ่อย ๆ และเจาะน้ำตาลให้ด้วย"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 17)

การสนับสนุนทางจิตสังคม ผู้ให้ข้อมูลต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมจากบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว เนื่องจากหลายคนรู้สึกท้อแท้หรือหมดกำลังใจเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งต้องการกิจกรรมที่เสริมแรงใจและการดูแลร่วมกันในกลุ่มเพื่อนผู้ป่วย เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการให้กำลังใจ การให้คำแนะนำต่าง ๆ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"บางทีก็ท้อเพราะคุมเท่าไหร่ก็ไม่ดีขึ้น ถ้าที่บ้านช่วยกำกับเรื่องอาหารทุกวันอาจจะดีขึ้น"* (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 25) และคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายอื่น *"ควรมีการจัดกลุ่มให้ได้มาพูดคุยกันบ่อย ๆ ใครมีวิธีดี ๆ ที่ทำแล้วน้ำตาลลง จะได้ลองเอาไปใช้บ้าง แล้วหมอก็ต้องช่วยบอกว่าแบบไหนที่เหมาะกับเรา"* (ผู้สูงอายุชายรายที่ 30)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไม่ได้เป็นเพียงกระบวนการทางความคิดส่วนบุคคล แต่ถูกหล่อหลอมจากประสบการณ์ชีวิต

บริบททางสังคม และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ[19] ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี และหลายรายมีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ รวมถึงต้องรับประทานยาหลายชนิด หรือใช้อินซูลินร่วมด้วย ภาระของการรักษาระยะยาวและการมีโรคร่วมดังกล่าวอาจเพิ่มภาระการดูแลตนเอง (treatment burden) อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และรับรู้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลเป็นเรื่องยากเกินกำลัง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการจัดการโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลที่ลดลง[20]

ความเชื่อว่าโรคเบาหวานควบคุมได้ยากหรือภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจเกิดจากประสบการณ์การพยายามควบคุมระดับน้ำตาลซ้ำ ๆ แล้วไม่ประสบผลสำเร็จ[21] ประกอบกับข้อจำกัดทางสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ เช่น ภาวะดื้อต่ออินซูลิน การทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนที่ลดลง รวมถึงการตอบสนองต่อยาที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลไม่คงที่แม้มีการควบคุมอาหารหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ[3] การที่ผู้สูงอายุเผชิญผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกับความพยายามของตนเอง อาจก่อให้เกิดการตีความว่าความพยายามดังกล่าว “ไม่ก่อให้เกิดผล” ส่งผลให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองลดลง และพัฒนาไปสู่ความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมโรค (loss of perceived control)[22]

นอกจากนี้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมยังมีบทบาทสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน การรับรู้ความเสี่ยงจึงเกิดจากการสังเกตประสบการณ์ของคนรอบตัว เช่น เพื่อนบ้านที่ถูกตัดขาหรือเข้ารับการล้างไต ประสบการณ์ทางสังคมเหล่านี้ ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีลักษณะเป็นรูปธรรมมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (illness representation)[19] และการเรียนรู้ทางสังคม (social learning)[23] ที่อธิบายว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคถูกสร้างผ่านทั้งประสบการณ์ตรง (personal experience) และการสังเกตผู้อื่น (vicarious experience) ในขณะเดียวกันบริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาอาจส่งผลต่อการตีความโรค เช่น ความเชื่อเรื่องกรรมหรือชะตาชีวิตที่ทำให้บางรายมองโรคเป็นสิ่งที่ต้องยอมรับมากกว่าแก้ไขหรือป้องกัน ความคิดดังกล่าวอาจลดแรงจูงใจในการควบคุมโรคอย่างจริงจัง และส่งผลให้มีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านหรือการแพทย์ทางเลือก ซึ่งสอดคล้องกับระบบความเชื่อในชุมชนมากกว่าแนวทางการแพทย์สมัยใหม่[24]

การรับรู้ความเสี่ยงของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งประสบการณ์ตรง ประสบการณ์จากผู้อื่น ระดับความเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนทัศนคติส่วนบุคคล ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือขาดความสามารถในการประเมินตนเองอย่างถูกต้องมักมีแนวโน้มที่จะประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สมดุลในการรับรู้ความเสี่ยง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอาการชัดเจนอาจตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา และพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในขณะที่บางรายที่ไม่แสดงอาการหรือไม่เคยพบเห็นภาวะแทรกซ้อนในคนรอบข้างอาจมองว่าโรคไม่รุนแรงหรือไม่ใช่ภัยคุกคามต่อสุขภาพของตนเอง ปรากฏการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด optimistic bias[25] ที่อธิบายว่าบุคคลมีแนวโน้มประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง อันอาจนำไปสู่การละเลยในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการกำหนดการรับรู้และการตัดสินใจด้านสุขภาพ[26] ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกชักนำหรือเข้าใจผิดจากข้อมูลที่ได้รับจากญาติ เพื่อน หรือสื่อโซเชียล

ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการชัดเจนหรือเคยมีประสบการณ์ภาวะฉุกเฉินจากน้ำตาลในเลือดสูง มักตระหนักถึงความเสี่ยงมากกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว และมีแนวโน้มปรับพฤติกรรมจริงจังมากขึ้น เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน และการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง

ซึ่งสะท้อนถึงการจัดการตนเอง (self-management) ที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจและความเชื่อของผู้สูงอายุเอง อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมเหล่านี้ยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากขึ้นอยู่กับความสะดวกบริบทของครอบครัว และความเชื่อทางวัฒนธรรม ซึ่งการจัดการกับโรคเบาหวานเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องอาศัยการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน และขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับของผู้ป่วยต่อแนวทางการรักษา[27] นอกจากนี้การตรวจน้ำตาลด้วยตนเองที่ผู้สูงอายุบางรายปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แสดงถึงความสามารถในการเรียนรู้จากผลลัพธ์ตรงหน้า ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเชื่อมโยงพฤติกรรมประจำวันกับระดับน้ำตาลและปรับตัวได้ทันที ซึ่งการตรวจน้ำตาลด้วยตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มการรับรู้ตนเองและสามารถส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแรงจูงใจเพียงพอ[28] อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนว่า ความสม่ำเสมอของการจัดการตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านทรัพยากร ความสามารถในการเข้าถึงอุปกรณ์ตรวจน้ำตาล การสนับสนุนจากครอบครัว และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแตกต่างกันตามสถานะทางเศรษฐกิจและการศึกษา[27]

ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้น ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นสื่อและข้อมูลที่เข้าใจง่าย เชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน การติดตามอย่างต่อเนื่องหรือการเสริมแรงด้านจิตใจจากครอบครัวและเพื่อนผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการโรคเบาหวานในผู้สูงอายุไม่สามารถอาศัยความรู้ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องผสมผสานกับการสื่อสารที่เหมาะสมและการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[29] (patient-centered care) ที่เน้นให้ความสำคัญกับความต้องการ ประสบการณ์ และบริบทชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการสื่อสารที่มีคุณภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนผู้ป่วยช่วยลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาล[30] นอกจากนี้การติดตามและการเสริมกำลังใจอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน[31]

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีการรับรู้ และประสบการณ์ที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่เชื่อว่าเบาหวานเป็นโรคที่ควบคุมยาก เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ อายุ และประสิทธิภาพของยา ผู้สูงอายุรับรู้ความเสี่ยงจากอาการทางกาย เช่น เหนื่อยง่าย ตาพร่ามัว รวมถึงประสบการณ์ใกล้ตัวจากเพื่อนหรือคนรอบข้างที่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดความตระหนักต่อภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา

แต่อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความเสี่ยงมีความแตกต่างกันจากปัจจัยที่ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งอาจนำไปสู่การละเลยในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายมีการปรับพฤติกรรม เช่น ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ใช้สมุนไพร และตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง แต่ยังคงขึ้นอยู่กับความเชื่อและความสะดวกส่วนบุคคล นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความต้องการข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย การติดตามใกล้ชิดจากบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีแนวโน้มประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะในรายที่ยังไม่มีอาการชัดเจน บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพควรสื่อสารข้อมูลโดยเน้นการเชื่อมโยงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยรายบุคคลกับโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การอธิบายความเสี่ยงจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด หรืออาการชาที่เท้าร่วมกับสื่อภาพหรือโมเดลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มองโรคเป็นเรื่องธรรมชาติของวัย หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยที่อาการรุนแรงกว่า ควรให้คำปรึกษาเชิงสะท้อนคิด (reflective discussion) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงเฉพาะตน และส่งเสริมแรงจูงใจในการควบคุมอาหารและการรับประทานยา นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรพัฒนาระบบติดตามต่อเนื่อง เช่น

การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อป้องกันการละเลยการดูแลตนเอง รวมทั้งส่งเสริมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ ทั้งนี้การสื่อสารควรคำนึงถึงบริบทความเชื่อทางศาสนาและการดูแลแบบพื้นบ้าน โดยบูรณาการองค์ความรู้ทางการแพทย์กับความเชื่อท้องถิ่นอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มการยอมรับและการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแบบผสมผสาน เพื่อยืนยันและตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อีกทั้งควรพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมหรือรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและคุณภาพชีวิต รวมถึงการศึกษาบทบาทของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในระดับครอบครัวและชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อกรอบความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การศึกษาอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองที่มีลักษณะทางสังคมและระบบบริการสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ดังนั้นการนำผลไปใช้ในพื้นที่อื่นควรพิจารณาความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพร่วมด้วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แม้บางรายมีความเสี่ยงสูง จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว กับผู้ที่ยังไม่เกิดได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

References

1. Department of Health. Older adults with diabetes rank second after hypertension; advises diet control, sugar reduction, and exercise [Internet]. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2022 [cited 2025 Sep 26]. Available from: https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141165/. (in Thai).
2. Health Data Center. Percentage of diabetes patients with good glycemic control, Phetchaburi Province, fiscal year 2023 [Internet]. Phetchaburi: Phetchaburi Provincial Public Health Office; 2023 [cited 2025 Sep 26]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2019&source=pformated/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3. (in Thai).
3. Muangkhum S, Srisopa P, Khunkhunkiet W, Phonphinit P, Wiseso W, Chantamit-opas C, et al. Factors influencing microvascular complications among person with type 2 diabetes. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2020;28(2):74-84. (in Thai).
4. Xiong C, Wang Y, Xie X, Huang Y, Liu M, Zou X. Mediating effect of coping style between risk perception of complications and self-management in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab Syndr Obes. 2024;17:4367-76. https://doi.org/10.2147/ DMSO.S490286.
5. Topçu S, Ardahan M. Risk perception of cardiovascular disease among Turkish adults: a cross-sectional study. Prim Health Care Res Dev. 2023;24:e23. https://doi.org/10.1017/S1463423623000117.

6. Sivakumar P, Ramaiah R, Alshahrani SH, Sampayan EL, Vijayakrishnan S, Jothishanmugam A, et al. Explore the risk perception and evaluate the effectiveness of competency-based intervention (CBI) on knowledge and lifestyle changes among type 2 diabetes mellitus patients. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2023;27(14): 6700-8. https://doi.org/10.26355/eurrev_202307_33140.
7. Li L, Lv T, Zhao J, Wang X, Li X, Zhang M, et al. Association between complication risk perception and medical coping strategies in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2025;25(1):909. https://doi.org/10.1186/s12877-025-06553-w.
8. Seesawang J, Thongtaeng P, Vichittragoonthavon S, Chaiwuth S. The effects of perceived personal risk for developing cardiovascular diseases enhancement program among older adults with hypertension. Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):42-59. (in Thai).
9. Heidemann C, Paprott R, Stühmann LM, Baumert J, Mühlenbruch K, Hansen S, et al. Perceived diabetes risk and related determinants in individuals with high actual diabetes risk: results from a nationwide popularion-based survey. BMJ Open Diabetes Res Care. 2019;7(1):e000680. https://doi.org/10.1136/bmjdrc-2019-000680.
10. Ling MYJ, Ahmad N, Aizuddin AN, Ja'afar MH. A systematic review on the level of risk perception of diabetes mellitus: the role of environmental factor. PLoS One. 2024;19(7):e0308152. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308152.
11. Nolte J, Hanoch Y. Adult age differences in risk perception and risk taking. Curr Opin Psychol. 2024;55:101746. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101746.
12. Nie P, Wang L, Sousa-Poza A. Health perception biases and risky health behaviors in China. Appl Econ Lett. 2023;30(2):221-8. https://doi.org/10.1080/13504851.2021.1983125.
13. Kumsar AK, Yilmaz FT, Celik S, Bagdemir E. The perception of risk related to complications and its relation with metabolic parameters in diabetic individuals. Ann Med Res. 2021;28(1):55-61. https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2020.06.677.
14. Sağlam FS, Bektas H. Risk perceptions of patients with type 2 diabetes mellitus garding insulin therapy and diabetes complications: a cross-sectional study. J Clin Nurs. 2023;32(15-16): 5010-27. https://doi.org/10.1111/jocn.16720.
15. Vornanen M, Konttinen H, Peltonen M, Haukkala A. Diabetes and cardiovascular disease risk perception and risk indicators: a 5-year follow-up. Int J Behav Med. 2021;28(3):337-48. https://doi.org/10.1007/s12529-020-09924-2.
16. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage; 1985. 415 p.
17. Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. Int J Nurs Stud Adv. 2024;6:100174. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa. 2024.100174.
18. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101 . https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa.
19. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management.

J Behav Med. 2016;39(6):935-46. https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2.

20. González-Saldivar G, Millan-Alanis JM, González-González JG, Sánchez-Gómez RA, Obeso-Fernández J, McCoy RG, et al. Treatment burden and perceptions of glucose-lowering therapy among people living with diabetes. Prim Care Diabetes. 2022;16(4):568-73. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2022.04.002.
21. Langerman C, Forbes A, Robert G. A qualitative study of the experiences of insulin use by older people with type 2 diabetes mellitus. BMC Prim Care. 2024;25(1):180. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02318-3.
22. Lo CJ, Lee L, Yu W, Tai ES, Yew TW, Ding IL. Mindsets and self-efficacy beliefs among individuals with type 2 diabetes. Sci Rep. 2023;13(1):20383 . https://doi.org/10.1038/s41598-023-47617-4.
23. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977. 247 p.
24. Wuttikul C, Tong-on J, Wongkeaw W, Watcharawaleekul T, Phattanasobhon S. Use of herbal products and associated factors among patients with non-communicable diseases in a rural northern Thai community: a cross-sectional study. Science, Engineering and Health Studies. 2025;19:25050006. https://doi.org/10.69598/sehs.19.25050006.
25. Weinstein ND. Optimistic biases about personal risks. Science. 1989;246(4935):1232-3. https://doi.org/10.1126/science.2686031.
26. Pagán CR, Schmitter-Edgecombe M. Health literacy in older adults: the newest vital sign and its relation to cognition and healthy lifestyle behaviors. Appl Neuropsychol Adult. 2024;1-8. doi: 10.1080/23279095.2024.2334348.
27. Alexandre K, Campbell J, Bugnon M, Henry C, Schaub C, Serex M, et al. Factors influencing diabetes self-management in adults: an umbrella review of systematic reviews. JBI Evid Synth. 2021;19(5):1003-118. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00020.
28. Chen M, Yun Q, Lin H, Liu S, Liu Y, Shi Y, et al. Factors related to diabetes self-management among patients with type 2 diabetes: a Chinese cross-sectional survey based on self-determination theory and social support theory. Patient Prefer Adherence. 2022;16:925-36. https://doi.org/10.2147/PPA.S335363.
29. Rosenlund L, Jakobsson S, Lloyd H, Diffner A, Lundgren-Nilsson A, Dencker A. Patient experiences and prerequisites of collaboration as partners in person-centred care: an interview study. Nurs Open. 2024;12(1):e70133. https://doi.org/10.1002/nop2 . 70133.
30. Yumei P, Huiying K, Liqin S, Xiaoshan Z, Meijing Z, Yaping X, et al. The mediating effect of e-health literacy on social support and behavioral decision-making on glycemic management in pregnant women with gestational diabetes: a cross-sectional study. Front Public Health. 2024;12:1416620. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1416620.
31. Hessler D, Fisher L, Dickinson M, Dickinson P, Parra J, Potter M. The impact of enhancing self-management support for diabetes in community health centers through patient engagement and relationship building: a primary care pragmatic cluster-randomized trial. Transl Behav Med. 2022;12(9):909-18. https://doi.org/10.1093/tbm/ibac046.