

การเปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วย และการจัดการตนเอง ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

A Comparison of Illness Perception and Self-Management among Adults and Elderly with Type 2 Diabetes in Pathum Thani Province

อรัทัย เจริญทิพย์สะกุล* วิมลรัตน์ บุญเสถียร**

Orathai Reantippayasakul* Wimonrut Boonsatean**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วย และการจัดการตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 220 คน อยู่ในวัยผู้ใหญ่ 81 คน ร้อยละ 36.8 และวัยสูงอายุ 139 คน ร้อยละ 63.2 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการรักษาโดยรับประทานยา หรือฉีดอินซูลิน หรือทั้งสองชนิด มีสัญชาติไทย สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีให้สัมภาษณ์ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent samples t-test หรือ Mann-Whitney U test ขึ้นกับลักษณะการกระจายของข้อมูล ผลการวิจัยพบความคล้ายคลึงกันของการรับรู้ความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุ ยกเว้นด้านการควบคุมโรคด้วยการรักษา ซึ่งผู้เป็นเบาหวานกลุ่มผู้ใหญ่รู้สึกเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ($Z = -2.941$, $p = 0.003$) ส่วนการเปรียบเทียบการจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวานไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเข้าใจความแตกต่างทางความคิด การรับรู้ และการจัดการตนเองในมุมมองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องและเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรับรู้ความเจ็บป่วย การจัดการตนเอง เบาหวานชนิดที่ 2

* Corresponding author อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต E-mail: orathai.r@rsu.ac.th

* Corresponding author, Instructor, School of Nursing, Rangsit University. E-mail: orathai.r@rsu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

Abstract

A cross-sectional descriptive study was conducted with the aim to investigate the differences of illness perception and self-management among adults and elderly people with type 2 diabetes living in Pathum Thani province. A multistage sampling method was used to randomly select 220 participants, comprising 81 adults (36.8%) and 139 elderly (63.2%) diagnosed with type 2 diabetes for at least one year, taking oral anti-diabetic agent(s), insulin injections, or both, and who are Thai citizens, speak Thai and are willing to be interviewed. The measurement tools consisted of the Illness Perception Questionnaires for Diabetes and the Diabetes Self-Management Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and an independent samples t-test or Mann-Whitney U test, depending on data distribution. The findings demonstrated the greatest similarities of illness perception except for the treatment control sub-scale. The adults, more than the elderly, with diabetes felt more confident in the effectiveness of the treatment provided by the healthcare professionals ($Z = -2.941$, $p = 0.003$). No statistical significance was found when comparing the self-management among adult and elderly groups.

These research findings may enhance nurses' understanding of the differences of the way of thinking, perceptions, and self-management from the views of the adults and elderly with diabetes resulting in the ability of nurses to design individualized care plans accordingly for these specific groups.

Keywords: illness perception, self-management, type 2 diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในความสนใจของบุคลากรทางแพทย์ เนื่องจากโรคนี้ก่อให้เกิดภาระในการดูแลที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต¹ และแนวโน้มจำนวนผู้ที่เป็นโรคเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก³ พบอัตราความชุกของเบาหวานในกลุ่มบุคคลที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ถึงร้อยละ 9 โดย

อัตราความชุกจะสูงขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา² โดยเฉพาะประชากรในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁴ ในประเทศไทยเบาหวานชนิดที่ 2 ติดอันดับ 1 ใน 5 ของโรคเรื้อรังที่พบบ่อย⁵ อัตราความชุกในทศวรรษที่ผ่านมาของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง⁶

การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวานเป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลต่อการรับรู้สุขภาพ

ในด้านความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อเนื่องในหลายมิติทั้งด้าน อารมณ์ความรู้สึก การจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และครอบครัวของผู้ที่เป็นโรค⁷ โดยนิยามของ “การรับรู้ความเจ็บป่วย” ในการศึกษาครอบคลุมถึงการตอบสนองในด้านความคิด ความเข้าใจ การตีความหมาย และการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อโรคหรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ รวมทั้งวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้เป็นเบาหวานใช้ในขณะที่ดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรค⁸

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ความเจ็บป่วยแตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น เชื้อชาติ⁹ เพศ¹⁰ และอายุ^{11,12} โดยส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นเบาหวานรับรู้ถึง ความรุนแรงของโรคที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความยากลำบากในการใช้ชีวิตร่วมกับเบาหวาน รวมทั้งความอดทนและพลังที่ต้องใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น¹³ เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน คนเชื้อชาติจีนที่อาศัยในมาเลเซียจะคิดถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และข้อจำกัดทางกายที่เป็นผลกระทบต่อโรค จึงให้คะแนนคุณภาพชีวิตของตนเองต่ำกว่าคนเชื้อชาติอื่นที่อาศัยในประเทศเดียวกัน⁹ ในขณะที่คนไทยจะรู้สึกเครียด และกังวลกับโรคที่เป็น¹⁴ หญิงไทยที่เป็นเบาหวาน จะมีความกังวลและความกลัวในระยะแรก ต่อมาจะสามารถรักษาสมดุลของจิตใจได้จากการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว และพลังความเชื่อทางศาสนาพุทธ¹⁵ การศึกษาในประชากรตะวันตกพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานมีความคิดความรู้สึกด้านลบต่อการใช้ชีวิตร่วมกับโรค โดยบางคนรู้สึกอายหรือ รู้สึกมีตราบาป (Stigma) ที่ เป็นเบาหวาน¹³ บางคนรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนทั่วไป¹⁶ และ

ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นเบาหวานเป็นสิ่งที่บ่งการชีวิตของตนเอง สิ่งเดียวที่จะหลีกเลี่ยงจากเบาหวานได้คือการตาย¹² รวมทั้งรู้สึกว่าการเป็นโรคเรื้อรังเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ¹⁷ ในขณะที่ความคิดความรู้สึกของผู้เป็นเบาหวานวัยผู้ใหญ่ จะมุ่งเน้นที่ผลกระทบต่อการทำงาน และกังวลกับอนาคตที่จะไม่สามารถช่วยเหลือหรือดูแลตนเองได้¹¹ ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีอายุน้อยมีความกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก¹⁸ และพบว่าอายุที่มากขึ้น เป็นเสมือนปัจจัยที่ช่วยลดความกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นเบาหวาน¹⁹ นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน²⁰

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง (Self-care) แต่มุ่งเน้นที่การคิด การตัดสินใจของบุคคล เพื่อดูแลและจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะใช้ชีวิตร่วมกับเบาหวาน โดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมที่ตนเองมี²¹ การศึกษาของ Lautenschlager และ Smith²² พบว่าแม้บุคคลที่เป็นเบาหวานจะสามารถบอกถึงการดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ แต่มีเพียงบางคนที่สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการชีวิตจริงของตน และอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางตรงกับการจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวาน²³ ซึ่งหลายการศึกษาพบว่า การรับรู้และทัศนคติต่อโรคเบาหวาน²⁴ ความตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรค²⁵ และความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง^{20,26} เป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนผลักดันให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน พบว่าบุคคลที่มีทัศนคติทางบวกกับโรค

มีความทุกข์ใจ (Distress) เมื่อเป็นโรคน้อย และมีความเชื่อมั่นในการจัดการของตนเอง จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนได้ดี²⁷ อย่างไรก็ตามผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่มัวยังคงประสบความยากลำบากในการประยุกต์คำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรมาใช้ให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตนเอง²⁸ โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหาร²⁹ ในขณะที่การศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุเลือกที่จะไม่ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพราะอาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมของตน แต่ใช้วิธีรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์เท่านั้น¹⁷

เนื่องจากเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในประเทศไทย และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนให้อยู่ในระดับปกติได้³⁰ ถึงแม้งานวิจัยบางส่วนที่ศึกษาถึงการรับรู้ และการจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวานของคนไทย^{10,14,31,32} โดยหวังผลให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจการใช้ชีวิตร่วมกับโรคในมุมมองของผู้ป่วย และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยที่เปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วย และการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีวัยต่างกันมีเพียงการศึกษาบางส่วนในต่างประเทศที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ใหญ่^{11,27,28} หรือผู้สูงอายุเท่านั้น^{12,17} การเพิ่มองค์ความรู้ในประเด็นดังกล่าวจึงเป็นการเปิดประเด็นความรู้ใหม่ และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจมุมมองและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานที่อยู่ในวัยต่างกัน ส่งผลให้สามารถวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละวัยที่ใช้ชีวิตร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

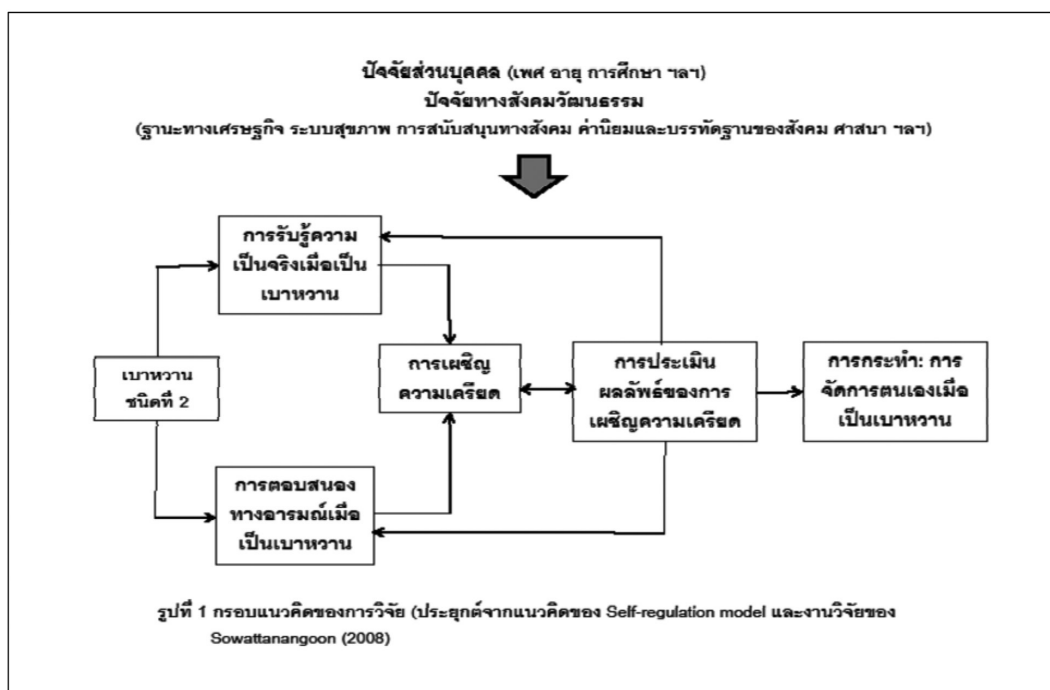
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulatory model) ของ Leventhal, Diefenbach และ Leventhal³³ และกรอบแนวคิดจากงานวิจัยของ Sowattananagoon³⁴ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ทฤษฎีการควบคุมตนเองเป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้อธิบายการรับรู้ และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน มีอิทธิพลให้แต่ละบุคคลรับรู้ความเป็นจริง (Representation) และตอบสนองทางอารมณ์แตกต่างกัน บุคคลแต่ละคนจะให้ความหมายกับประสบการณ์เดียวกันที่เผชิญอยู่แตกต่างกัน และจะตัดสินใจด้วยตนเองว่าสิ่งใดสำคัญ การดูแลหรือการจัดการใดที่เหมาะสม รวมทั้งตนเองพึงพอใจต่อผลที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด³⁵ โดยข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคือ (1) บุคคลมีความคิด ตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (Active problem-solver) (2) กระบวนการคิด การรับรู้และทำความเข้าใจ (Cognitive process) และกระบวนการทางอารมณ์ (Emotional process) ที่บุคคลใช้ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เผชิญ จะเกิดขึ้นคู่ขนานกันไป (3) กระบวนการควบคุมตนเองประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การรับรู้และการให้ความหมายกับสถานการณ์ที่เผชิญ การเผชิญความเครียด และการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ตนเองเลือก และ (4) บุคคลจะรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ที่เผชิญ ทั้งในระดับนามธรรม (Abstract or conceptual level) และระดับรูปธรรม (Concrete-experiential level) การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมอาจสอดคล้องกับการรับรู้ความเป็นจริงทั้งสองด้าน

หรืออาจเลือกตัดสินใจกระทำตามการรับรู้เพียงด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น ประสบการณ์ในอดีต ความตั้งใจในการกระทำ เป็นต้น³⁴

การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลต้องควบคุมตนเองและต้องปรับตัวตลอดเวลาเมื่อมีสถานการณ์ใหม่มากระทบ (เช่น มีอาการผิดปกติ หรือระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงจากเดิม) บุคคลจะประมวลข้อมูลใหม่และประสบการณ์เดิมเข้าด้วยกัน ตีความและให้ความหมายกับสิ่งที่พบ แล้วสร้างความคิดความเข้าใจในรูปแบบของตน โดยกระบวนการที่ทำให้บุคคลรับรู้ความเป็นจริง (Representation) และการตอบสนองทางอารมณ์จะดำเนินไปพร้อมๆ กัน จากนั้นบุคคลจะค้นหาวิธีการเผชิญความเครียดในอดีตที่เคยใช้แล้วได้ผลดี หรือสร้างกลวิธีใหม่ มาจัดการกับสถานการณ์คุกคามที่ตนเองประสบ โดยมีจุดมุ่งหมาย

เพื่อลดความยุ่งยาก หรือก่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ ถ้าการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการที่บุคคลเลือกใช้ได้ผลดีหรือยอมรับได้ บุคคลจะใช้วิธีการเดิมต่อไป แต่ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นที่พอใจ ข้อมูลนี้จะป้อนกลับไปที่กระบวนการเผชิญความเครียด บุคคลอาจมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเป็นจริง ลดเป้าหมาย หรือเลือกใช้กลวิธีใหม่ในการเผชิญความเครียด เพื่อที่จะบรรลุผลลัพธ์ตามที่ตนเองประสงค์ สุดท้ายเมื่อบุคคลให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยด้วยเบาหวานและสรุปเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้นี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแล และการจัดการตนเองของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทั้งการรับรู้ความเจ็บป่วยและการจัดการตนเอง และอาจก่อให้เกิดความแตกต่างของการรับรู้ และการจัดการตนเองได้



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วย และการจัดการตนเองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอาศัยในจังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเจ็บป่วย และการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ซึ่งอาศัยในจังหวัดปทุมธานี แตกต่างกัน

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ คนไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาอย่างน้อย 1 ปี ที่อาศัยในชุมชนจังหวัดปทุมธานี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling method) วิธีการนี้เหมาะสำหรับการสุ่มตัวอย่างที่มีที่พักอาศัยกระจายในบริเวณกว้าง การสุ่มตัวอย่างทำให้สามารถกำหนดขอบเขตชัดเจน ประหยัดงบประมาณ และประชากรทุกคนมีโอกาสถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา วิธีการสุ่มโดยแบ่งเขตพื้นที่ของประชากรออกเป็นระดับ (อำเภอ ตำบล และ รพ.สต.) และแบ่งกลุ่มย่อยในแต่ละระดับ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มอำเภอตัวอย่าง 1 อำเภอ จากนั้นสุ่มตำบลตัวอย่าง 1 ตำบล แล้วจึงสุ่ม

รพ.สต. 1 แห่ง ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกซึ่งมีรายชื่อในทะเบียนของรพ.สต. ที่สุ่มได้จะถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างกรณีที่มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการไม่เพียงพอผู้วิจัยสุ่ม รพ.สต. เพิ่มจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดที่คำนวณได้ การศึกษานี้สุ่ม รพ.สต. จำนวน 4 แห่งจากทั้งหมด 19 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน³⁶ และกำหนดค่าความเที่ยงของการประมาณค่าเท่ากับ 0.5 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาอย่างน้อย 1 ปี (2) ยังคงได้รับการรักษาโดยยารับประทาน หรือยาฉีด หรือทั้งสองชนิด และ (3) มีสัญชาติไทย สามารถสื่อสารภาษาไทย และยินดีให้สัมภาษณ์ ส่วนผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ผู้สัมภาษณ์หาบ้านไม่พบ จะถูกตัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ใช้สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสังคมและวัฒนธรรม และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งพัฒนาโดย Moss-Morris และคณะ⁸ และ (3) แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานพัฒนาโดย Schmitt และคณะ³⁷ แบบสอบถาม 2 ส่วนหลัง Boonsatean¹⁰ แปลเป็นภาษาไทยตามกระบวนการแปลเครื่องมือขององค์การอนามัยโลก³⁸ ตรวจสอบคุณสมบัติการวัดของแบบสอบถาม (Psychometric properties) โดยพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI)

จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และทดสอบซ้ำในผู้ที่เป็นเบาหวานกลุ่มเดิม (Test-retest reliability) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (The Revised Illness Perception Questionnaires for Diabetes: IPQ-R) พัฒนาโดย Moss-Morris และคณะ⁸ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ อาการที่พบบ่อย 14 อาการ มุมมองต่อโรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โรคทั้งด้านความเข้าใจและด้านอารมณ์ 38 ข้อ และการรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน 18 ข้อ การศึกษานี้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับมุมมองต่อโรคเบาหวานมาใช้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ระยะเวลาการเป็นโรค การรับรู้ผลกระทบ การควบคุมโรคด้วยตนเอง การควบคุมโรคด้วยการรักษา ความเข้าใจโรค การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของโรค และการตอบสนองด้านอารมณ์ ลักษณะการตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมแต่ละด้านมาก หมายถึง มีความเชื่อ มีมุมมอง หรือมีการตอบสนองในด้านความคิด ความเข้าใจ และอารมณ์ความรู้สึกในด้านนั้นมาก ผลการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.75 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.76 และพบความเที่ยงของการนำแบบสอบถามมาทดสอบซ้ำ ($r=0.502$, $p=0.005$)¹⁰

2) แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (Diabetes Self-Management Questionnaire-Revised: DSMQ-R) พัฒนาโดย Schmitt และคณะ³⁷ ซึ่งใช้ประเมินกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ วิธีการจัดการกับระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้บริการทางด้านสุขภาพ ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลิน ให้ตอบทุกข้อ ส่วนผู้ที่รับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ให้ตอบเฉพาะข้อ 1-20 ลักษณะการตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ (Likert scale) ให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-3 โดย 0 หมายถึง ไม่ได้ใช้หรือไม่ได้ปฏิบัติ 3 หมายถึง ใช้หรือปฏิบัติมากที่สุด ค่าคะแนนรวมของการจัดการตนเองแต่ละด้านจะถูกแปลงให้เป็นคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนนมาก หมายถึง มีประสิทธิภาพในการจัดการตนเองสูง ผลการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.78 และพบความเที่ยงของการนำแบบสอบถามมาทดสอบซ้ำ ($r=0.503$, $p=0.005$)¹⁰

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต หนังสือรับรองจริยธรรม เลขที่ 005/2015 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตัว สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการ ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแล

รักษาที่ได้รับเมื่อกลุ่มตัวอย่างเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้สัมภาษณ์จะให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ หรือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเซ็นได้จะให้ประทับลายมือแทน แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ข้อมูลจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดอบรมผู้สัมภาษณ์ จำนวน 3 คน เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสอบถามที่ใช้ เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้าน หรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงสิงหาคม 2558 ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์อธิบายข้อมูลตามรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ถามความสมัครใจ และให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกครั้งก่อนจบการสัมภาษณ์ กรณีต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลไม่ครบ ผู้สัมภาษณ์จะโทรศัพท์นัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติม นอกจากนี้ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้สัมภาษณ์และผู้วิจัย นัดประชุมร่วมกันทุกสัปดาห์ เพื่อสอบถามปัญหาในการสัมภาษณ์ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลลักษณะทางประชากรที่เป็นตัวแปรกลุ่ม (Categorical variables) วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ และร้อยละ ข้อมูลลักษณะทางประชากรที่เป็น

ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables) ข้อมูลการรับรู้ความเจ็บป่วย และข้อมูลการจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวานแต่ละด้านมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์โดยใช้ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Interquartile range, IQR) ส่วนคะแนนการจัดการตนเองในภาพรวมซึ่งมีการกระจายเป็นโค้งปกติ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วย และการจัดการตนเองแต่ละด้านของกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเองในภาพรวม ใช้สถิติ Independent samples t-test³⁹

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 220 คน อยู่ในวัยผู้ใหญ่ 81 คน (36.8 %) และวัยสูงอายุ 139 คน (63.2%) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (100%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (77.8% และ 62.2% ตามลำดับ) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ (76.6% และ 79.9% ตามลำดับ) กลุ่มผู้ใหญ่ส่วนใหญ่แต่งงาน (86.4%) ประกอบอาชีพทั้งเป็นลูกจ้าง หรือเจ้าของ กิจการ (61.7%) รายได้เฉลี่ย 5,400 บาท/คน/เดือน ส่วนผู้สูงอายุเกือบครึ่งเป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (48.3%) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแต่ช่วยดูแลบ้าน หรือเลี้ยงหลาน (68.3%) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ย 4,700 บาท/คน/เดือน ทั้งกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุประเมินว่ารายได้ของครอบครัวเพียงพอ

สำหรับใช้จ่าย (69.1% และ 82.7% ตามลำดับ) ด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (76.5% และ 79.9% ตามลำดับ) เพื่อรับการรักษาที่ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลของรัฐ (86.4% และ 95.7% ตามลำดับ) ส่วนใหญ่รับการรักษาโดยการรับประทายาลดระดับน้ำตาลในเลือด (93.9% และ 92.1% ตามลำดับ) และเคยมีหรือมีอาการแทรกซ้อน เช่น ชาปลายมือ

ปลายเท้า ตามัว หรือน้ำตาลในเลือดต่ำ (76.5% และ 75.5% ตามลำดับ) โดยเฉลี่ยกลุ่มผู้ใหญ่มียุทธะเวลาเป็นเบาหวาน 6 ปี และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 158 มก./ดล. และกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเบาหวานมา 10 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 141 มก./ดล.

การเปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วยรายด้านระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบความแตก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยรายด้านระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้ความเจ็บป่วย รายด้าน	พิสัย	จำนวนรวม	กลุ่มผู้ใหญ่	กลุ่มผู้สูงอายุ	Mann-Whitney p-value	
		(n=220)	(n=81)	(n=139)	U test	
		Md (IQR)	Md (IQR)	Md (IQR)		
การรับรู้ระยะเวลาการเป็นโรค (Timeline)	5-30	26.00 (4.00)	26.00 (4.00)	26.00 (4.00)	Z = -1.340	0.180
การรับรู้ผลกระทบ (Consequences)	5-30	12.00 (4.00)	13.00 (4.50)	12.00 (4.00)	Z = -1.334	0.182
การควบคุมโรคด้วยตนเอง (Personal control)	5-30	25.00 (4.00)	25.00 (4.00)	25.00 (4.00)	Z = -0.540	0.589
การควบคุมโรคด้วยการรักษา (Treatment control)	5-25	20.00 (2.00)	20.00 (3.00)	19.00 (4.00)	Z = -2.941	0.003
ความเข้าใจโรค (Illness coherence)	5-25	18.00 (4.00)	18.00 (4.50)	18.00 (4.00)	Z = -1.195	0.232
การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของโรค (Timeline cyclical)	5-20	10.00 (4.00)	10.00 (4.00)	10.00 (3.00)	Z = -1.693	0.090
การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional representation)	5-30	12.00 (6.00)	12.00 (6.50)	11.00 (6.00)	Z = -0.991	0.322

Md = Median IQR = Interquartile range

ต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะด้านการควบคุมโรคด้วยการรักษา (Treatment control) โดยกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน รู้สึกเชื่อมั่นสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุว่าการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถช่วยควบคุมเบาหวานของตนได้ ($Z = -2.941, p = 0.003$) (ตารางที่ 1) ส่วนการเปรียบเทียบการจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวาน ไม่พบความแตกต่างทั้งภาพรวมและรายด้าน ระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

แม้ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบความคล้ายคลึงกันของประสบการณ์ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย

และการจัดการตนเองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ยกเว้นด้านการควบคุมโรคด้วยการรักษา ซึ่งผู้เป็นเบาหวานวัยผู้ใหญ่ให้ความสำคัญมากกว่าวัยสูงอายุ แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยหรือคะแนนมัธยฐานด้านอื่นๆ พบประเด็นน่าสนใจที่อาจสะท้อนถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยและการจัดการตนเอง ที่แตกต่างกันของบุคคลทั้งสองวัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานเชื่อมั่นในการควบคุมโรคด้วยวิธีรับการรักษาจากบุคลากรทางแพทย์สูงกว่าผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบคะแนนด้านการรับรู้ผลกระทบของโรคสูงกว่า รวมทั้งยังพบค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือด (158 มก./ดล.) สูงกว่าค่ามาตรฐาน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวานโดยรวม และรายด้าน ระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

การจัดการตนเอง รายด้าน	จำนวนรวม (n=220) Mean (SD)/ Md (IQR)	กลุ่มผู้ใหญ่ (n=81) Mean (SD)/ Md (IQR)	กลุ่มผู้สูงอายุ (n=139) Mean (SD)/ Md (IQR)	สถิติ	p-value
ภาพรวม	7.11 (1.24)	7.04 (1.17)	7.15 (1.28)	$t = -0.588$	0.557
รายด้าน					
- การจัดการระดับ น้ำตาลในเลือด	6.67 (2.00)	6.67 (1.33)	7.33 (2.00)	$Z = -0.315$	0.753
- การควบคุมอาหาร	7.78 (2.78)	7.22 (2.22)	7.78 (2.78)	$Z = -1.139$	0.255
- การออกกำลังกาย	7.22 (3.33)	6.67 (3.33)	7.78 (3.33)	$Z = -0.654$	0.513
- การใช้บริการ สถานบริการสุขภาพ	8.33 (1.67)	8.33 (0.83)	8.33 (1.67)	$Z = -1.463$	0.144

Md = Median IQR = Interquartile range t = Independent samples t test Z = Mann-Whitney U test

ที่กำหนดสำหรับวัยผู้ใหญ่⁴⁰ และสูงกว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ(141 มก./ดล.) แม้ผลการศึกษาดังกล่าว จะไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่อาจจะสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการควบคุมเบาหวานของบุคคลวัยผู้ใหญ่ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยผู้ใหญ่ ซึ่งต้องปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ เริ่มสร้างครอบครัว และมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น⁴¹ ทำให้คำนึงถึงแต่ผลกระทบของเบาหวานต่องานและอนาคตของตนเอง¹¹ อาจส่งผลให้มีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง กลุ่มผู้ใหญ่ในการศึกษานี้จึงให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคด้วยการรักษา มากกว่า และให้ค่าคะแนนของการจัดการตนเองเกือบทุกด้านต่ำกว่าผู้สูงอายุ นอกจากนี้งานวิจัยที่พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานจะประสบกับความยากลำบากในการประยุกต์คำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มาใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง²⁸ โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหาร²⁹ อาจเป็นเหตุให้พบระดับน้ำตาลในเลือดสูง และผลจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก⁴² ซึ่งพบถึงร้อยละ 76.5 กลุ่มผู้ใหญ่ในการศึกษานี้จึงรับรู้ถึงความผันผวนของอาการของเบาหวาน และผลกระทบที่เกิดขึ้นมากกว่า ทำให้ค่าคะแนนของการตอบสนองทางอารมณ์ของตนเองสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Collins และคณะ¹⁹ ที่พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากการเป็นเบาหวานจะสูงขึ้นในคนที่มีอายุน้อย

ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีความเชื่อมั่นต่อการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรทางแพทยน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ให้คะแนนสูงในด้านการควบคุมโรคด้วยตนเอง (ค่ามัธยฐาน 25 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) และด้านการรับรู้ว่า

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง (ค่ามัธยฐาน 26 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) รวมทั้งให้คะแนนการจัดการตนเองเกือบทุกด้านสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ ถึงแม้ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างทางสถิติ แต่อาจจะสะท้อนถึงการยอมรับการอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน และความมั่นใจในการควบคุมเบาหวานด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้สูงอายุตะวันตกที่คิดว่าเบาหวานเป็นสิ่งบงการตนเองไปตลอดชีวิต¹² และให้สัญลักษณ์ของการเป็นโรคเรื้อรังว่าเป็นความอ่อนแอ จึงจะไม่ปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินชีวิต ถ้าการปรับนั้นส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคม ถึงแม้จะช่วยควบคุมโรคของตนได้ก็ตาม¹⁷ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้อาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาการเป็นโรค ประสบการณ์และศักยภาพในการปรับตัวของผู้สูงอายุ และความเชื่อทางศาสนาของผู้สูงอายุไทย

ระยะเวลาการเป็นเบาหวานที่นานกว่าของผู้สูงอายุที่พบในการศึกษานี้ อาจช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้ ปรับตัว และใช้ชีวิตเข้ากับโรคได้ดี จึงสะท้อนออกมาทางคะแนนการจัดการตนเองด้านการจัดการระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มากกว่าวัยผู้ใหญ่ การจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวานเป็นกระบวนการที่ผันแปร ต่อเนื่อง ไม่สิ้นสุด และเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยทั้งการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ และพื้นฐานประสบการณ์เดิมที่สั่งสมมา⁷ ระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนาน และประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุฝึกฝนเพื่อรับมือกับเบาหวานที่ตนเองเป็น อาจเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุรับรู้ความเป็นจริงของชีวิต จึงให้คะแนนการตอบสนองทางอารมณ์ของตนน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Collins และคณะ¹⁹ ที่พบว่า อายุที่มากขึ้น

เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกัน ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นเบาหวาน และสอดคล้องกับพัฒนาการทางบุคลิกภาพของวัยสูงอายุ ซึ่งพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น บุคคลจะควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น คิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาบนพื้นฐานของสติปัญญาและประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ตนเองสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์นั้นๆ และมีมุมมองกับตนเองในทางบวก⁴¹ ผู้มีอายุมากกว่าจึงสามารถจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวานได้ดีกว่า²³

นอกจากนี้ความเชื่อทางด้านศาสนาอาจจะมียุทธศาสตร์สำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้รับรู้ความเป็นจริงของชีวิตที่อยู่ร่วมกับโรค (Representation) และมีสติในการจัดการกับโรคของตน ศาสนาพุทธเป็นสิ่งที่นำทางในการคิดและการปฏิบัติของคน โดยแก่นของศาสนาสอนให้เข้าใจเหตุและปัจจัย เข้าใจชีวิตอย่างเป็น และค้นหาหนทางที่จะดำเนินชีวิตด้วยความสุขสงบ โดยอาศัยศักยภาพของตนเอง⁴³ การยึดมั่นตามหลักคำสอนนี้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้การเจ็บป่วยของตนตามความเป็นจริง ยอมรับชีวิตที่ต้องอยู่ร่วมกับเบาหวานไปตลอดชีวิต ค้นหาหนทางที่จะจัดการกับโรคที่เป็น มีสติในการเผชิญสถานการณ์ และพยายามปรับตัวในการควบคุมเบาหวานด้วยตนเองมากกว่าพึ่งการควบคุมโรคด้วยการรักษาเพียงอย่างเดียว งานวิจัยอื่นที่ศึกษาในคนไทยที่เป็นเบาหวานพบว่าความเชื่อทางศาสนาพุทธ ช่วยให้บุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็ง และเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ขณะเป็นเบาหวานได้ดี^{31,44} และผู้ที่มีคะแนนความเชื่อทางศาสนาพุทธสูง มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำ (HbA1c) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴⁵ นอกจากนี้คำสอนเกี่ยวกับทางสายกลาง

ในศาสนาพุทธถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมอาหาร เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ตนเองพึงพอใจและยอมรับได้³¹ ความเชื่อนี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้พยายามเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตน รับประทานอาหารแค่พออิ่ม และรับประทานอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงน้อยลง จึงพบค่าของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุในการศึกษานี้ต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่

ข้อเสนอแนะ

การศึกษารั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยดำเนินการทุกขั้นตอนอย่างเคร่งครัดตามหลักของการวิจัยเชิงปริมาณ แม้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีขนาดเล็กเพียง 220 คน แต่ก็เพียงพอที่จะตอบคำถามของการวิจัย ดังนั้นผลจากการศึกษานี้จึงน่าจะสามารถนำไปใช้อ้างอิงในประชากรที่อาศัยในชุมชนชนเมืองอื่นที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ แต่อาจอ้างอิงได้เฉพาะประชากรที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่รักษาด้วยการรับประทานยา เนื่องจากจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษานี้มีน้อยเกินไปมีเพียง 16 คนเท่านั้น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การรับรู้ความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและเป็นพลวัตร ซึ่งความมุ่งมั่นตั้งใจ และการปฏิบัติของผู้เป็นเบาหวานนับเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ⁷ การเข้าใจความแตกต่างทางความคิดและการปฏิบัติของบุคคลต่างวัยที่เป็นเบาหวาน จะส่งผลให้พยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเจ็บป่วยและการจัดการ

ตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานได้อย่างเฉพาะเจาะจง และมีประสิทธิภาพ โดยผู้เป็นเบาหวานวัยผู้ใหญ่ พยาบาลควรเสริมสร้างให้มีมุมมองและการรับรู้ ทางบวกต่อการเป็นโรค รวมทั้งส่งเสริมให้มีการ จัดการระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุม อาหารของตนเองอย่างจริงจังต่อเนื่อง โดยพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยหรือเป็นพี่เลี้ยง ให้ข้อมูล ที่จำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการ รวมทั้ง เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการรักษาสมดุล ระหว่างบทบาทหน้าที่ตามวัยที่มุ่งเน้นการทำงาน และการสร้างครอบครัว กับบทบาทหน้าที่ในการ ดูแลตนเองเมื่อเป็นโรค เพื่อให้สามารถดำเนิน บทบาทสำคัญทั้งต่อตนเองและต่อครอบครัวได้ ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ใช้ชีวิตร่วมกับโรค มายาวนานและยอมรับการใช้ชีวิตร่วมกับโรคได้ แล้ว พยาบาลควรส่งเสริมให้เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

บนพื้นฐานของประสบการณ์ที่สั่งสมมา คอย ชี้แนะหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแล ตนเองที่ทันสมัยเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็น เบาหวานมีการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามศักยภาพของตน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

การศึกษารับรู้ความเจ็บป่วยและการ จัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานวัยผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และ มีขนาดเท่ากันทั้งสองกลุ่ม อาจช่วยยืนยันข้อค้น พบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ และยังสามารถควบคุม อิทธิพลจากตัวแปรกวนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ควร ศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่รักษาโดย การฉีดอินซูลิน เพื่อขยายองค์ความรู้ให้ครอบคลุม เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. de Alba Garcia JG, Rocha ALS, Lopez I, Baer RD, Dressler W, Weller SC. "Diabetes is my companion": Lifestyle and self-management among good and poor control Mexican diabetic patients. Soc Sci Med 2007;64(11):2223–35.
2. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. Diabetes Res Clin Pract 2014;103(2):137–49.
3. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
4. Ramachandran A, Snehalatha C, Ma RCW. Diabetes in South-East Asia: an update. Diabetes Res Clin Pract 2014;103(2):231–7.
5. Thonghong A, Thepsittha K, Jongpiriyaanan P, Gappbirom T. Chronic disease surveillance report 2012. Wkly Epidemiol Surveill Report, Thai 2013;44(51):800–8.

6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558 Annual report 2015. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
7. วิมลรัตน์ บุญเสถียร. การจัดการตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวาน: กระบวนการของแต่ละบุคคล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557;32(4):18–24.
8. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychol Heal 2002;17(1):1–16.
9. Baggio SC, Sales CA, Marcon SS, Santos AL. Perception of people suffering from diabetes regarding the disease and the reasons for hospital readmission: A descriptive study. Online Brazilian J Nurs 2013;12(2):501–10.
10. Boonsatean W. Living with type 2 diabetes in a Thai population: Experiences and socioeconomic characteristics [Dissertation]. Malmö: Malmö University; 2016.
11. Nishita CM, Uehara DL, Tom T. Self-perceptions on the impact of diabetes among working adults: insights into disability prevention. J Prim Prev 2011;32:299–309.
12. George SR, Thomas SP. Lived experience of diabetes among older, rural people. J Adv Nurs 2010;66(5):1092–100.
13. Hörnsten Å, Sandström H, Lundman B. Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. J Adv Nurs 2004;47(2):174–82.
14. Suparee N, McGee P, Khan S, Pinyopasakul W. Life-long battle: perceptions of Type 2 diabetes in Thailand. Chronic Illn 2015;11(1):56–68.
15. Boonsatean W, Carlsson A, Östman M, Dychawy Rosner ID. Living with diabetes: experiences of inner and outer sources of beliefs in women with low socioeconomic status. Glob J Health Sci 2016;8(8):200–9.
16. Vermeire E, Hearnshaw H, Rätsep A, Levasseur G, Petek D, van Dam H, et al. Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: an international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE). Prim Care Diabetes 2007;1(1):25–33.
17. Kang M, Kim J, Bae S-S, Choi Y-J, Shin D-S. Older adults' perception of chronic illness management in South Korea. J Prev Med Public Heal 2014;47(4):236–43.
18. Pandit AU, Bailey SC, Curtis LM, Seligman HK, Davis TC, Parker RM, et al. Disease-related distress, self-care and clinical outcomes among low-income patients with diabetes. J Epidemiol Community Health 2014;68(6):557–64.
19. Collins MM, Corcoran P, Perry IJ. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. Diabet Med 2009;26(2):153–61.

20. Al-Amer R, Ramjan L, Glew P, Randall S, Salamonson Y. Self-efficacy, depression, and self-care activities in adult Jordanians with type 2 diabetes: The role of illness perception. *Issues Ment Health Nurs* 2016;37(10):744–55.
21. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh* 2011;43(3):255–64.
22. Lautenschlager L, Smith C. Low-income American Indians' perceptions of diabetes. *J Nutr Educ Behav* 2006;38(5):307–15.
23. O'Neil A, Williams ED, Browne JL, Horne R, Pouwer F, Speight J. Associations between economic hardship and markers of self-management in adults with type 2 diabetes: results from diabetes MILES - Australia. *Aust N Z J Public Heal* 2014;38(5):466–72.
24. van Puffelena AL, Heijmansa MJW, Rijkena M, Ruttenb GEHM, Nijpelsc G, Schellevisa FG. Diacourse study group. Illness perceptions and self-care behaviours in the first years of living with type 2 diabetes; does the presence of complications matter? *Psychol Health* 2015;30(11):1274–87.
25. Nayak BS, Sobrian A, Latiff K, Pope D, Rampersad A, Loureño K, Samuel N. The association of age, gender, ethnicity, family history, obesity and hypertension with type 2 diabetes mellitus in Trinidad. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* 2014;8(2):91–5.
26. Ku GM, Kegels G. Knowledge, attitudes and perceptions of people with type 2 diabetes as related to self-management practices: results of a cross-sectional study conducted in Luzon, Philippines. *Chronic Illn* 2015;11(2):93–107.
27. Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B, Egede LE. Relationship between social determinants of health and processes and outcomes in adults with type 2 diabetes: validation of a conceptual framework. *BMC Endocr Disord* 2014;14(1):82.
28. Ranasinghe P, Pigera AS, Ishara MH, Jayasekara LM, Jayawardena R, Katulanda P. Knowledge and perceptions about diet and physical activity among Sri Lankan adults with diabetes mellitus: a qualitative study. *BMC Public Health* 2015;15:1160.
29. Mumu SJ, Saleh F, Ara F, Afnan F, Ali L. Non-adherence to life-style modification and its factors among type 2 diabetic patients. *Indian J Public Health* 2014;58(1):40–4.
30. Sudchada P, Khom-Ar-Wut C, Eaimsongchram A, Katemut S, Kunmaturos P, Deoisares R. Diabetes and cardiovascular risk factor controls in Thai type 2 diabetes with no history of cardiovascular complications: situation and compliance to diabetes management guideline in Thailand. *J Diabetes Complications* 2012;26(2):102–6.

31. Sowattanagoon N, Kotchabhakdi N, Petrie KJ. The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Res Clin Pract* 2009;84(3):245–51.
32. Lundberg PC, Thrakul S. Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management? *J Adv Nurs* 2012;68(3):550–8.
33. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cogn Ther Res* 1992;16(2):143–63.
34. Sowattanagoon N. The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management [dissertation]. Auckland: The University of Auckland; 2008.
35. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. *Res Nurs Health* 1999;22(69):435–48.
36. Naing NN. Determination of sample size. *Malaysian J Med Sci* 2003;10(2):84–6.
37. Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. The Diabetes self-management questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health Qual Life Outcomes* 2013;11:138.
38. WHO. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 20]. Available from: http://www.who.int/Substance__Abuse/Research__Tools/Translation/En/
39. Kellar SP, Kelvin EA. Munro's statistical methods for health care research. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
40. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2014. *Diabetes Care* 2014;37(Suppl.1):S14–S80.
41. Hutteman R, Hennecke M, Orth U, Reitz AK, Specht J. Developmental Tasks as a Framework to Study Personality Development in Adulthood and Old Age. *Eur J Pers* 2014;28(3):267–78.
42. American Diabetes Association. Implications of the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care* 2002;26:S25.
43. Srisopa S. Conversations on the Dhamma. Bangkok: Graphicart printing; 2001.
44. Lundberg PC, Thrakul S. Religion and self-management of Thai Buddhist and Muslim women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs* 2013;22(13–14):1907–16.
45. Sowattanagoon N, Kochabhakdi N, Petrie KJ. Buddhist values are associated with better diabetes control in Thai patients. *Int J Psychiatry Med* 2008;38(4):481–91.