

Received: 20/12/66 Revised: 20/04/67 Accepted: 07/05/67

## การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการจัดการตนเองและครอบครัว The Control of Sugar Level Among Type 2 Diabetic Patients by An Individual and Family Self-management

ทรงกรฐ ศฤงคาร<sup>๑</sup>, ตฤณ ทิพย์สุทธิ์<sup>๒</sup> และ กัลยา มั่นล้วน<sup>๓</sup>

<sup>๑</sup>บางกอกฟ্লাइटเซอร์วิสเซอร์วิส

<sup>๒</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

<sup>๓</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

<sup>๑</sup>ผู้รับผิดชอบบทความ: (e-mail: saringkarn.songkrot@gmail.com)

Songkrot Saringkarn<sup>๑</sup>, Trin Thipsut<sup>๒</sup> and Kanlaya Munluan<sup>๓</sup>

<sup>๑</sup>Bangkok Flight Services

<sup>๒</sup>Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

<sup>๓</sup>Faculty of Nursing, Rattana Bundit University

<sup>๑</sup>Corresponding author: (e-mail: saringkarn.songkrot@gmail.com)

### บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสำคัญมากและพบบ่อยอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและของโลก โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ การควบคุมโรคเบาหวานต้องอาศัยการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการจัดการความเครียดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตให้ดีขึ้นอันเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้จะอาศัยเพียงการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต้องอาศัยการจัดการของครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยเพราะการที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจโรคและผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถทำหน้าที่ของครอบครัว ให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมินและให้การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานได้อันเป็นส่วนสำคัญอย่างมากที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

**คำสำคัญ:** การควบคุมระดับน้ำตาล; ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2; การจัดการตนเองและครอบครัว

## Abstract

Diabetes is a very important disease and is frequently found in the group of non-communicable diseases and is an important public health problem in the country and the world. Diabetes causes health complications, both acute and chronic. Such complications may affect the patient's lifestyle. Including the impact on families in performing their duties that require adjustments from having to take care of diabetic patients. Therefore, it is very important that people with diabetes control their sugar levels within normal limits or close to normal. Controlling diabetes requires self-management of your diet, exercise taking medication, and managing stress to change lifestyle habits for the better is the main treatment for people with diabetes. However, relying only on the self-management of diabetic patients alone is not enough. It requires family management to participate in changing the behavior of diabetic patients as well. Because the family participates in the self-management process with the diabetic patient, the family has knowledge. Understanding the disease and how people with diabetes can act as a family. Provide support for people with diabetes Assessing and providing care when acute complications from diabetes occur is a very important part in making people with diabetes gain confidence in self-management in order to change their own behavior to control blood sugar levels.

**Keywords:** sugar level control; type 2 diabetes patients; Individual and family self-management

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง หากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ย่อมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานเองและครอบครัว ปัจจุบันประเทศไทยพบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.36, 6.67, 7.01, 7.34 และ 7.70 ตามลำดับ<sup>1</sup> และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีเพียงร้อยละ 28.26, 29.42, 29.15, 30.22 และ 33.14 ในปีเดียวกันตามลำดับ<sup>2</sup> โดยร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป<sup>3</sup> หากผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้แล้วจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 9.42 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด รองลงมาคือ ทางตา ร้อยละ 4.91 ทางระบบประสาท ร้อยละ 3.11 และหลอดเลือดแดง ร้อยละ 1.73<sup>4</sup> ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตัวผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเบาหวาน<sup>3,5-7</sup> การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน<sup>8</sup> ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อจัดการดูแลโรคเบาหวานตนเอง (Diabetes Self-Management Education and Support, DSMES) การปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมเบาหวาน (Lifestyle modification) และการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เข้าสู่โรคเบาหวาน

ระยะสงบ (Diabetes remission)<sup>3</sup> แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในปี 2566 มีเพียง ร้อยละ 31.58<sup>2</sup> ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะบรรลุเป้าหมายสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวานต้องอาศัยการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตให้ดีขึ้นอันเป็นการรักษาหลักผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประหยัดและคุ้มค่า ไม่ว่าจะใช้หรือไม่ใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย<sup>3,9</sup> ทั้งนี้เพียงการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต้องอาศัยการจัดการของครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยเพราะครอบครัวมีความสำคัญมากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน<sup>10</sup> บทความนี้จึงได้นำเสนอเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

### การจัดการตนเอง

การจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ การจัดการตนเองลักษณะเป็นกระบวนการประกอบด้วยการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริงการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวลและประเมินเพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดมีการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลของการปฏิบัติโดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข<sup>11</sup>

### แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self – management Theory)

แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวใช้ความรู้ ความเชื่อ ทักษะและความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพที่ดี เช่น เมื่อบุคคลรู้ว่ามีความเสี่ยงจะเกิดกระบวนการการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและพัฒนาตนเองเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วย 3 มิติได้แก่ 1) มิติด้านบริบท (context dimension) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณสมบัติของบุคคลภาวะโรค สิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว 2) มิติด้านกระบวนการ (process dimension) เป็นกระบวนการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวร่วมกันปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 3) มิติด้านผลลัพธ์ (outcome dimension) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองของ บุคคลวัดได้ 2 ระยะ ได้แก่ ผลลัพธ์ระยะสั้น (proximal outcomes) เป็นการวัดพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ระยะยาว (distal outcomes) วัดในเรื่องของภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต หรือความผาสุกที่เกิดขึ้น โดยมีความเชื่อว่าบุคคลจะผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต้องอาศัยปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล โดยมีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามาร่วมสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ จึงจะเกิดพฤติกรรมในการจัดการตนเองและเกิดผลลัพธ์จากการจัดการตนเองได้<sup>12</sup>

## การจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวทางการจัดการตนเองมีหลากหลายแนวคิดมีการปรับใช้กับโรคเรื้อรังเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแล สุขภาพที่ถูกต้องส่งเสริมให้เกิดการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น แนวทางการจัดการตนเองของ Kanfer and Goldstein (1980)<sup>13</sup> เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดของ Creer (2000)<sup>14</sup> แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003)<sup>15</sup> เป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลทั้งด้าน ร่างกายและอารมณ์ ในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง แนวคิดของ Cormier, Nurius, and Osborn (2008)<sup>16</sup> เน้นการเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดการจัดการตนเองหลายแนวคิดดังกล่าวมาข้างต้น มุ่งเน้นการกระทำที่ตัวบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพสามารถใช้ได้ดีในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นบุคคลที่ยึดมั่นในการรักษาและมีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ทั้งหมด แต่ขาดการจัดการของครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อันทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น

ครอบครัวคือบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์ความรู้สึกใคร่ซึ่งกันและกันไม่ว่าจะเป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศกันก็ตามขึ้นอยู่กับข้อกำหนดว่าใครคือครอบครัวของบุคคลในบริบทของแต่ละบุคคล โดยจะมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องมีการยอมรับของบุคคลว่าเป็นครอบครัวเดียวกันและพร้อมในการให้การเกื้อหนุนแบ่งปันซึ่งกันและกันในรูปแบบต่าง ๆ<sup>5,17-20</sup>

การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานคือการที่ครอบครัวได้ให้การสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อวางแผนกำหนดพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานที่ต้องปฏิบัติ ตลอดจนการกำกับติดตามพฤติกรรมโดยครอบครัวมีการสื่อสารโดยการสอบถามถึงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ แสดงถึงความใส่ใจห่วงใยหรือกล่าวชื่นชมเพื่อให้กำลังใจ ทั้งยังมีการประเมินผลและสะท้อนคิดทั้งข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติที่ผ่านมาให้คำปรึกษา เป็นที่ระบายความรู้สึกเพื่อลดความเครียด ปล่อยใจจากการปฏิบัติที่ผ่านมาไม่สำเร็จหรือมีปัญหา ร่วมในการจัดการกับผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในแก้ไขปัญหาวางแผนเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมที่จะต้องปฏิบัติร่วมกันต่อไป<sup>12,21</sup>

โดยสรุปการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานหมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานร่วมกันและการฝึกทักษะในการจัดการตนเองร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมายติดตามตนเองและสะท้อนคิด ตัดสินใจ วางแผนและปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติและจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันโดยมีสิ่งเอื้ออำนวยการจัดการตนเองทางสังคมในการสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

1. เพศ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แต่เพศชายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าเพศหญิง<sup>22-23</sup> โดยเพศชายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานดีกว่าเพศหญิง<sup>24</sup>
2. อายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป<sup>3</sup> อายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีผลต่อการควบคุมค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)<sup>22,25</sup> กลุ่มผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับสูง เป็น 3.11 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีเป็นเพราะบุคคลที่มีอายุมากขึ้นผ่านประสบการณ์ชีวิตมากมาย รวมถึงได้รับการสอน ให้ความรู้บ่อยครั้ง ทำให้มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม<sup>26</sup>

**3. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน** ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน<sup>25,27</sup>

**4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค** การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถทำนายพฤติกรรมลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้<sup>28-29</sup>

**5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน** พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถทำนายพฤติกรรมลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้<sup>28-29</sup>

**6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้สูงสุดและสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้สูงสุด<sup>27,30</sup>

**7. การกำกับตนเอง** การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองและเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองและวางแผนในการจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในการลดความเครียดและลดระดับน้ำตาลในเลือด<sup>27,31</sup>

**8. การได้รับการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองจากครอบครัว** แรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานครอบครัวและมีผลทางบวกที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมและควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทั้งนี้ควรส่งเสริมการจัดการของครอบครัวเน้นที่การส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี การสร้างเครือข่ายทางสังคมที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว และเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว<sup>32-34</sup>

**อุปสรรคในการจัดการตนเองที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้**

**1. อุปสรรคในการควบคุมอาหาร** ปัจจัยที่ขัดขวางการควบคุมอาหารเนื่องจากมีวัฒนธรรมการรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักกลุ่มคนไทยในภาคอีสานและภาคเหนือ ซึ่งข้าวเหนียวเป็นอาหารคาร์โบไฮเดรตที่มีค่าการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดสูง ทำให้มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แม้ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และทีมสุขภาพให้งดหรือลดปริมาณการรับประทานข้าวเหนียว โดยให้รับประทานข้าวหรืออาหารแป้งชนิดอื่นทดแทนแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากความเคยชินในการรับประทานข้าวเหนียวซึ่งปฏิบัติมาเป็นระยะเวลายาวนาน นอกจากนั้นจากวิถีชีวิตมักรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวโดยไม่แยกอาหารเฉพาะบุคคล จะรับประทานอาหารสำหรับเดียวกันทำให้ไม่สามารถจัดอาหารที่มีความเหมาะสมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การคุมอาหารเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากต้องใช้ความอดทนและความพยายามต้องมีการควบคุมทั้งชนิด ปริมาณและเวลาในการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ป่วย

รู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ถูกจำกัด ไม่มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต จึงเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจและเลิกปฏิบัติไปในที่สุด<sup>35-38</sup>

**2. ปัจจัยที่ขัดขวางการออกกำลังกาย** ปัจจัยที่ขัดขวางการออกกำลังกายเนื่องจากต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงชีพ ซึ่งต้องทำงานตลอดทั้งวัน ทำให้ไม่มีเวลาและเกิดความเหนียวล้าจากการทำงาน จึงใช้เป็นข้ออ้างในการไม่ออกกำลังกาย และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเข้าใจว่างานที่ทำ เป็นการออกกำลังกายแล้วจึงไม่มีการออกกำลังกายอีก นอกจากนั้นเมื่อกลับถึงบ้านยังต้องทำงานบ้าน จึงไม่อยากจะไม่มีเวลาเพียงพอที่จะออกกำลังกาย และบางส่วนมีโรคบางอย่าง เช่น ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่หน่วยงานต่างๆ จัดให้อาติ การเดินแอโรบิก รำวงย้อนยุค ในช่วงเย็น การจัดสร้างลานออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน พร้อมเครื่องออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจร้อยละ 93.57 แต่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือใช้อุปกรณ์เหล่านั้นได้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจาก ไม่มีเวลา กิจกรรมไม่สอดคล้องกับความสนใจหรือความถนัด สถานที่และอุปกรณ์ไม่เหมาะสม อายุไม่กล้าร่วมกิจกรรม<sup>37,39-40</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอุปสรรคด้านการออกกำลังกาย 2 ลักษณะ คือ 1) ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจน ไม่กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนและไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการออกกำลังกาย ซึ่งการไม่กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการออกกำลังกายทำให้การออกกำลังกายนั้นไม่เพียงพอที่จะเกิดผลดีต่อร่างกาย และ 2) มีอุปสรรคขัดขวางการออกกำลังกายและไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคขัดขวางเหล่านั้นได้โดยอุปสรรคที่พบได้แก่ ขาดความตั้งใจจริง ขี้เกียจ ไม่มีเวลา มีปัญหาสุขภาพ<sup>41</sup>

**3. ปัจจัยที่ขัดขวางการรับประทานยา** การหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ตาพร่ามัว มือสั่น ใจสั่น ไม่อยากรับประทานยา เมื่อสอบถามผู้ป่วยพบว่าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ไม่ได้อธิบายถึงอาการข้างเคียงของยา แต่ผู้ป่วยเข้าใจเองว่าอาการที่เกิดขึ้นมีผลจากยาที่ตนรับประทาน โดยการสังเกตตนเองว่าจะมีอาการเหล่านั้นซ้ำทุกครั้งเมื่อรับประทานยาจึงตัดสินใจหยุดยาเอง<sup>37</sup> และในด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง พบว่า อุปสรรคในการรับประทานยาได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการไม่สามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้ และความเชื่อว่าการรับประทานยาวานานติดต่อกันจะมีผลเสียต่อร่างกาย เช่น ทำให้ไตเสื่อม จึงทำให้ตัดสินใจหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์<sup>42</sup> นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานและระดับ HbA1c ที่มีค่าเกินกว่าค่ามาตรฐาน เป็นผลจากไม่รับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดหรือหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากตนเองรู้สึกถึงความไม่ปกติภายหลังการรับประทานยา และจะกลับมารับประทานยาเมื่อรู้สึกหายจากอาการไม่ปกติที่เกิดขึ้นและมีการลืมรับประทานยาตามเวลา<sup>43-44</sup>

**4. ปัจจัยที่ขัดขวางการจัดการความเครียด** มีทั้งภายในของบุคคลและภายนอกของบุคคล<sup>45</sup> ได้แก่

#### 4.1 ปัจจัยภายในของบุคคล

4.1.1 ขาดการประเมินระดับความเครียดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอการประเมินระดับความเครียดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้รู้ว่าตนเองมีระดับความเครียดเป็นอย่างไร มีความผิดปกติหรือซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการความเครียด



4.1.2 ไม่มีความรู้ในการจัดการความเครียด การจัดการความเครียดมีหลากหลายรูปแบบ แต่พบว่าจะไม่สามารถเลือกได้ว่าตนเองควรจัดการความเครียดแบบไหนที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์กับตนเองมากที่สุด จนกลายเป็นปัญหาทำให้ไม่ได้จัดการความเครียด

4.1.3 มีทักษะที่ไม่ถูกต้องในการจัดการความเครียด การมีทักษะที่ไม่ถูกต้องในการจัดการความเครียดก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพ

#### 4.2 ปัจจัยภายนอกของบุคคล

4.2.1 ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการจัดการความเครียด สาเหตุที่ไม่ค่อยมีการจัดการความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เพราะสถานที่หรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ

4.2.2 ขาดสิ่งสนับสนุนและ/หรือยับยั้งต่อการจัดการความเครียด เช่นไม่มีเพื่อน กลุ่ม ครอบครัว ชมรมในการจัดการความเครียด ขาดแรงจูงใจต่อการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดในการวิจัยนี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานลดปัจจัยที่ขัดขวางการจัดการความเครียดโดยการประเมินระดับความเครียด เรียนรู้การจัดการความเครียด รูปแบบการจัดการความเครียด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีกิจกรรมร่วมกันในการควบคุมระดับน้ำตาล

**5. ปัจจัยที่ขัดขวางการสนับสนุนจากครอบครัว** ปัจจัยที่ขัดขวางการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแล เพราะการที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่แต่ละครั้งส่วนใหญ่จะไปด้วยตนเอง ไม่มีผู้ดูแลติดตามไปด้วยดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่ได้รับฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่รวมถึงการบอกต่อระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลไม่ชัดเจน อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สนใจเอกสารที่เจ้าหน้าที่แจกให้ จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล หากผู้ดูแลในครอบครัวขาดความรู้ จะทำให้ไม่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้<sup>37,46-48</sup>

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะต้องมีการจัดการกับปัจจัยที่เป็นปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่าง ๆ ได้โดยอาศัยการจัดการของครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

#### ตัวอย่างการศึกษาที่ใช้กระบวนการจัดการตนเองและครอบครัว (process of self-management)

การศึกษาที่ใช้กระบวนการจัดการตนเองและครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการระบบผู้ป่วยนอก<sup>49-52</sup> โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีค่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า  $7^{49,52}$ - $7.5^{51}\%$  หรือระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วขณะอดอาหารติดต่อกัน 2 ครั้ง มากกว่า  $130^{49}$ - $140^{50}$  mg/dl อายุมีการศึกษาในอายุที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ 20 ขึ้นไป<sup>50</sup> 30-59 ปี<sup>49</sup> 40-75 ปี<sup>52</sup> และ 60 ขึ้นไป<sup>51</sup> กลุ่มที่ศึกษาการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์<sup>49-51</sup> ถึง 1 ปี<sup>52</sup>

#### กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้

**ส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎี** The Individual and Family Self-management Theory ของ Rayn and Sawin<sup>49,51-52</sup> มีความเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวจะสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้นั้นจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องและยอมรับความเชื่อทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของตนเอง ภายใต้เงื่อนไขว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง และได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลอันมีองค์ประกอบของกระบวนการจัดการตนเอง 3 ด้านได้แก่

1. **ด้านความรู้และความเชื่อ (knowledge & beliefs)** โดยเชื่อว่าความรู้และความเชื่อ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม

2. **ด้านการฝึกปฏิบัติความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation)** เป็นกระบวนการ ที่ใช้ในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 2.1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) 2.2 การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด (self-monitoring and reflective thinking) 2.3 การตัดสินใจ (decision making) 2.4 การวางแผนและการปฏิบัติ (planning and action) 2.5 การประเมินตนเอง (self-evaluation) 2.6 การจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (management of responses)

3. **ด้านสิ่งเอื้ออำนวยการจัดการตนเองทางสังคม (Social Facilitation)** โดยสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ เครื่องมือ หรือข้อมูลในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว

นอกจากนี้มีการใช้แนวคิด The revised self and family management ของ Grey<sup>50</sup> เป็นแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวร่วมกันมุ่งเน้นในด้านการสร้างความรู้และความเข้าใจในบทบาทของการจัดการตนเองและครอบครัวที่มีผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่

1. ปัจจัยเอื้อหนุนและอุปสรรคในการจัดการตนเอง (Facilitators and barrier) กล่าวถึงรายละเอียดของคุณลักษณะของรูปแบบการใช้ชีวิตสถานะสุขภาพ แหล่งสนับสนุนภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพอันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. กระบวนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 2.1 การจัดการตัวเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย (Focusing on illness need) 2.2 การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว 2.3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition)

3. ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองระยะสั้น (Proximal outcome) ประกอบด้วย 3.1 พฤติกรรมด้านสุขภาพ 3.2 การรับรู้ข้อบ่งชี้ทางชีวภาพ 3.3 การจัดการอาการ

4. ผลลัพธ์การจัดการตนเองระยะยาว (Distal outcome) ประกอบด้วย 4.1 สภาวะสุขภาพ 4.2 ผลลัพธ์สุขภาพ 4.3 ผลลัพธ์ด้านครอบครัว 4.4 ระบบบริการสุขภาพ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้นเป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้<sup>49-52</sup>



## บทสรุป

การจัดการตนเองและครอบครัวเป็นกระบวนการสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานร่วมกันและมีการฝึกทักษะในการจัดการตนเองร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมาย ติดตามตนเองและสะท้อนคิด ตัดสินใจ วางแผนและปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติและจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยมีสิ่งเอื้ออำนวยการจัดการตนเองทางสังคมในการสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว ซึ่งการจัดการของครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ในที่สุด อันเป็นผลลัพธ์สำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพที่ดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก : <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>. (วันที่ค้นข้อมูล: 11 ธันวาคม 2566).
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดNCD ClinicPlus. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก : <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>. (วันที่ค้นข้อมูล : 11 ธันวาคม 2566).
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.
4. สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก : <https://apps.boe.moph.go.th/boeeng/download/AESR-6112-24.pdf>. (วันที่ค้นข้อมูล : 7 สิงหาคม 2562).
5. จินตนา วัชรสินธุ์. การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์; 2560.
6. จำเนียร พรประยูทธ, ขันัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริฑากุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2560; 25(4): 60-69.
7. ถักษณา พงษ์ภุมมา และศุภรา หิমানันโต. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ, 2560; 20(40): 67-76.
8. เพ็ญพันธ์ อูสาย, นิรมล เมืองโสม และประยูร โกวิท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555; 5(3): 11-20.

9. American Diabetes Association (ADA). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes - 2023. Diabetes Care, 2023; 46(suppl.1): S68-S86.
10. นงนุช โอปะะ, สุภาพร แนวบุตร และปรพมา ฤทธิ์โพธิ์. ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2565; 30(4): 64-77.
11. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค Self-management Support: Strategies for Promoting Disease Control. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2558; 26(1): 117-127.
12. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family Self-management theory: background and perspective on context. NIH Public Access Author Manuscript 2009, 2009; 57(4): 217-225.
13. Kanfer, F. & Goldstein, A. Helping people change. (2<sup>nd</sup>ed). New York: Pergamon; 1980.
14. Creer, L. T. Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Prinrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). Handbook of self-regulation. San Diego, CA: Academic Press; 2000.
15. Lorig, K. & Holman, H. Self-management education: History, definition, outcome and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 2003; 26(1): 1-7.
16. Cormier, S., Nurius, Paula S. & Osborn, Cynthia J. Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral intervention. (6<sup>th</sup>ed). Albany: International Thomson Publishing; 2008.
17. ดารุณี จงอุดมการณ์. การพยาบาลสุขภาพครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต Family Health Nursing: Theory and Application for families with crisis situations(พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.
18. สุริยา ฟองเกิด และศุภรา ทิมนันโต. ตำราการพยาบาลครอบครัว. ชลบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี; 2559.
19. Clark, M. J. Community Health Nursing: Advocacy for Population Health. 5<sup>th</sup>ed. New York: Prentice Hall; 2008.
20. Friedman, M.M., Bowen, V.R., & Jones, E.G. Family Nursing: Theory and Practice 5<sup>th</sup>ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2003.
21. Grey, M., Knafl, K. & McCorkle, R. A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. Nursing Outlook, 2006; 54(5): 278-286.
22. ราม รังสินธุ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์ และคณะทำงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. การเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปี 2561. โครงการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง. เข้าถึงได้จาก : [http://dmht.thaimedresnet.org/document/1\\_รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf](http://dmht.thaimedresnet.org/document/1_รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf). (วันที่ค้นข้อมูล 24 มกราคม 2564).

23. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 2557; 15(3): 256-268.
24. ปัทมา สุพรรณกุล, สุทธิชัย ศิริวัน, เจษฎากร โนนินทร, มาลา ชโยดม และอรพินท์ สิงห์เดช. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2560; 11( 1): 211-223.
25. พณิตา เข้มแข็ง, ธนัช กนกเทศ และปัทมา สุพรรณกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำดวน จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลและสุขภาพ, 2557; 6(3): 30-38.
26. อภิญา บ้านกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงพามาตย์ และปริศนา รสดีดา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2559; 23(1): 85-95.
27. กมลพร สิริคุตจตุพร, วิจารณ์รัตน์ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล, 2560; 32(1): 81-93.
28. อภิชัย คุณิพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอดงหลวง. วารสารกรมการแพทย์, 2561; 43(3): 101-107.
29. ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตินนท์เกียรติ และนิลาวรรณ งามขำ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 2561; 8(1): 103-117.
30. สุพาพร เพ็ชรอรุณ, นันทิยา วัฒนา และนันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2554; 29(4): 18-26.
31. อายุพร กัยวิทย์โกศล, อัสนี วันชัย, อัญชลี แก้วสระศรี และอนัญญา คูอาริยะกุล. การจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี, 2561; 10(2): 1-16.
32. ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรกุล, นงนุช โอปะ, และสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550; 1(2): 57-67.
33. อธิรัตน์ วรรณศิริ. สัมพันธภาพในครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้. วารสารเพื่อการรู้, 2559; 23(2): 31-50.
34. นภารัตน์ ธีรวิทย์โสภณกุล, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ์ เดียววิเศษ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2554; 19(ฉบับเพิ่มเติม1): 35-49.
35. กมลพรรณ วัฒนากุล และอาภรณ์ ดินาน. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วน. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2556; 27(2): 143-156.

36. เครือฟ้า ศรีรังษ. การรับรู้ด้านการควบคุมอาหารที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสวรรค์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, 2556; 7(2): 3-8.
37. จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์, สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ่นมี. อุปสรรคในการดำเนินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 2561; 6(2): 351-361.
38. Vijan, S., N. S. Stuart, J. T. Fitzgerald, D. L. Ronis, R. A. Hayward, S. Slater and T. P. Hofer. Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. Diabetic Medicine, 2005; 22(1): 32-38.
39. Dutton, G. R., J. Johnson, D. Whitehead, J. S. Bodenlos and P. J. Brantley. Barriers to physical activity among predominantly low-income African American patients with type 2 diabetes. Diabetes Care, 2005; 28(5): 1209-1210.
40. Lawton, J., N. Ahmad, L. Hanna, M. Douglas and N. Hallowell. 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes. Health Education Research, 2005; 21(1): 43-54.
41. จุณี คงทรัพย์และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 2555; 30(2): 57-64.
42. ประทุม สุขชัยพานิชพงศ์, ภาณี วัฒนสมบุญ, สุปรียา ต้นสกุล และพิศาล ชุ่มชื่น. ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง. Veridian E-Journal Science and Technology Slipakorn University, 2557; 1(1): 1-12.
43. Doggrell, S. A. and S. Warot. The association between the measurement of adherence to anti-diabetes medicine and the HbA1c. International Journal of Clinical Pharmacy, 2014; 36(3): 488-497.
44. Aikens, J.E. and J.D. Piette. Longitudinal association between medication adherence and glycemic control in Type 2 diabetes. Diabetic Medicine, 2013; 30(3): 338-344.
45. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการความเครียดสำหรับวัยทำงาน. เข้าถึงได้จาก : <http://www.hed.go.th/>. (วันที่ค้นข้อมูล : 7 สิงหาคม 2562).
46. Wen, L. K., M. L. Parchman & M. D. Shepherd. Family support and diet barriers among older Hispanic adults with type 2 diabetes. Clinical Research and Methods, 2004; 36(6): 423-430.
47. Rosland, A.-M., M. Heisler, H.-J. Choi, M. J. Silveira and J. D. Piette. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help?. Chronic Illness, 2010; 6(1): 22-33.
48. Mayberry, L. S. and C. Y. Osborn. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. Diabetes Care, 2012; 35(6): 1239-1245.

49. ทรงกรกฎ ศฤงคาร, มยุรี นิรัตธราดร และปรียกมล รัชกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 2565; 38(1): 86-96.
50. ญณ์ช บัวศรี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่2(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์ : ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
51. แสงอรุณ สุรวงศ์ และทัศนาศา ชูวรรณะปกรณ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560; 29(1): 104-116.
52. ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์, จิตร มงคลมะไฟ, นิบพร แสนโท และวราทิพย์ แก่นการ. ประสิทธิภาพของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 2563; 38(4): 102-111.