

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
The Relationship Between Health Literacy and Self-Care Behaviors Among
Patients with Type 2 Diabetes in the Karen Community, Mae Na Chon
Subdistrict, Mae Chaem District, Chiang Mai Province

อานพพงษ์ แสนสุขอุดมไพร

Arnuphong Seansookudomprai

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่แฮเหนือ จังหวัดเชียงใหม่

Saensookudomprai Maehaenua subdistrict Health promoting Hospital, Chiang Mai Province

*Corresponding author, e-mail: Sansook327@gmail.com

Received: March 8, 2026; Revised: April 5, 2026; Accepted: April 7, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 174 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 ทุกข้อ และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.9 อายุเฉลี่ย 57.51 ปี พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r_s = 0.276, p < 0.001$), ($r_s = 0.233, p = 0.002$), ($r_s = 0.262, p < 0.001$) และ ($r_s = 0.276, p < 0.001$) ตามลำดับ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในทุกมิติให้เหมาะสมกับภาษาและวัฒนธรรมกะเหรี่ยง เนื่องจากมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง, กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine health literacy, self-care behaviors, and the relationship between health literacy and self-care behaviors among patients with type 2 diabetes in a Karen ethnic community in Mae Chaem District, Chiang Mai Province. A total of 174 participants were recruited using stratified random sampling. The research instrument consisted of a structured interview questionnaire. Content validity was assessed by three experts, yielding an item-objective congruence (IOC) index of 1.00 for all items. Reliability coefficients were 0.91 and 0.85, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that 64.94% of the participants were female, with a mean age of 57.51 years. Both self-care behaviors and health literacy were at a moderate level. Overall health literacy and its domains—functional, interactive, and critical health literacy—were positively correlated at a low level with self-care behaviors ($r_s = 0.28$, $p < 0.01$), ($r_s = 0.23$, $p = 0.01$), ($r_s = 0.26$, $p < 0.01$), and ($r_s = 0.28$, $p < 0.01$), respectively.

The findings highlight the need to enhance health literacy across all dimensions among patients, with interventions tailored to the Karen language and cultural context. Given the significant positive association with self-care behaviors, strengthening family and community roles is also essential to support sustained self-care practices.

Keywords : Patients with Type 2 Diabetes, Karen Ethnic Group, Health Literacy, Self-care Behaviors

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่พบได้ในทุกช่วงวัยทั่วโลก เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ เนื่องจากร่างกายขาดอินซูลินหรือใช้อินซูลินได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เซลล์ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สถานการณ์ทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF) ระบุว่าในปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 537 ล้านคน โดยกว่าร้อยละ 90 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 และ 783 ล้านคนในปี 2588 นอกจากนี้ ยังมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนมากถึง 6.70 ล้านคน หรือเฉลี่ยเสียชีวิต 1 รายทุก 5 วินาที (International Diabetes Federation, 2021; กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเช่นกัน ข้อมูลสถิติสาธารณสุขพบว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยสะสม 3.30 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ประมาณ 150,000 คน และในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 300,000 คนต่อปี นอกจากนี้ ยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน หรือคิดเป็นอัตราการตาย 25.10 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) โรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเสียชีวิตของประชากรอย่างมาก และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) จากการขาดหรือบกพร่องของการหลั่งและการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลินหรือเกิดจากทั้งสองปัจจัยร่วมกัน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557; American Diabetes Association, 2023) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้เกิดความเสียหายและความล้มเหลวของอวัยวะสำคัญหลายระบบ ทั้งภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) งานวิจัยด้านการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ทุก 1% สามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ อาทิ ลดการถูกตัดขาหรือโรคหลอดเลือดส่วนปลาย รุนแรงร้อยละ 43 ลดภาวะแทรกซ้อนทางไตและตา ร้อยละ 37 ลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ร้อยละ 21 ลดโรคหัวใจวายร้อยละ 14 และลดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12 (Stratton et al., 2000) ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยและจำแนกประเภทโรคเบาหวานจึงแนะนำว่า ผู้ป่วยควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ที่ 100–126 mg/dL, ก่อนนอน 100–140 mg/dL, และควรรักษาค่า HbA1c ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2002)

ประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอาศัยอยู่ประมาณ 4 แสนคน โดยมีการกระจายอยู่ตามพื้นที่จังหวัดทางภาคเหนือและภาคตะวันตกของประเทศไทย (ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2559) จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัด 3 อันดับแรกของประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอำเภอแม่แจ่ม คิดเป็นร้อยละ 55 ของประชากรทั้งหมด กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในอำเภอแม่แจ่ม เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่เผชิญความท้าทายด้านสุขภาพจากวิถีชีวิตและวัฒนธรรมเฉพาะตัว พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงยังคงมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การบริโภคอาหารรสจัด การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด (วัชรินทร์ คำสา และเอกลักษณ์ เด็กยง, 2567) นอกจากนี้ การศึกษาของ Lorga et al. (2012) พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานค่อนข้างต่ำ และมักพึ่งพาการรักษาพื้นบ้านมากกว่าการแพทย์แผน

ปัจจุบัน สอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ (2566) ที่พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลดำเนินการด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ รวมถึงการดำรงคุณภาพชีวิตให้เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวต้องสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลนั้น (Orem et al., 2001) งานวิจัยหลายฉบับชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความแตกต่างกัน อาทิ นาทยา พิระวรรณกุล (2565) และอัศนี ศศิภัทรพงศ์ (2565) อยู่ในระดับปานกลาง สุวรรณิ์ สร้อยสงค์และคณะ (2563) อยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้ยังคงมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c สูงกว่า 7% ถึงร้อยละ 61.64 สะท้อนว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2560)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งต้องอาศัยการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย พบว่าเกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับรู้จัก คือสามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานได้ แต่ยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ระดับรู้แจ้ง ซึ่งหมายถึงการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจและปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, 2559) ขณะที่แนวคิดของ Nutbeam (2000) อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ซึ่งเน้นความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นต้น ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการสื่อสาร ชักถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่น และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ซึ่งเป็นระดับที่สูงขึ้น โดยบุคคลสามารถวิเคราะห์ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประกอบการตัดสินใจในบริบทชีวิตจริงได้อย่างเหมาะสม การศึกษาของ Ishikawa et al. (2008) ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน งานวิจัยนี้จึงนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบของ Nutbeam มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา โดยพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายมิติ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ

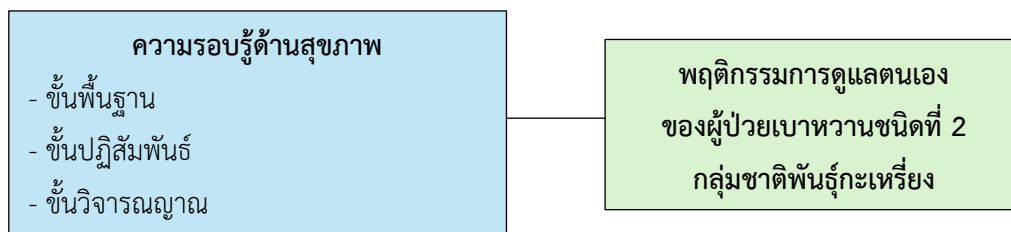
อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีประชากรหลากหลายชาติพันธุ์ โดยกลุ่มชาติพันธุ์หลัก ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ปากเอญอ) ซึ่งมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง (แม้ว) และกลุ่มชาติพันธุ์ละว้า (ลัวะ) ร้อยละ 4.20 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการกระจายตัวอยู่ในทุกตำบลของอำเภอแม่แจ่ม สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของประชาชนอำเภอแม่แจ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 1.58 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองจำนวนพบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.60 และกลุ่มสงสัยผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 0.27 ขณะที่ปี พ.ศ. 2567 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มเป็นร้อยละ 1.79 ซึ่งเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25.64 และกลุ่มสงสัยผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 0.53 ซึ่งสะท้อนแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อจำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงร้อยละ 61.81 ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อื่นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจาก

โรคเบาหวานมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีในอำเภอแม่แจ่มยังไม่พบการศึกษาที่ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแยกศึกษาเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ส่งผลให้ ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนบริบทด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ดังกล่าว โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลแม่นาจร ยัง ไม่ปรากฏอย่างชัดเจน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กับช่องว่าง ขององค์ความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์ดังกล่าวใน พื้นที่ตำบลแม่นาจร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชุมชนกะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัด เชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 267 คน ตามทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแม่แจ่ม กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ที่ได้จากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตร คำนวณ ของ Daniel (1999) $n = (N \times Z^2 \times p \times q) / (Z^2 \times p \times q + (N-1) \times e^2)$ โดยค่า $N = 267$, $Z = 1.96$, $p = 0.50$, $q = 0.50$ ($1-p$), $e = 0.05$ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 158 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10 เป็น 174 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิเป็นรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง หลังจากนั้นกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนที่กำหนดแยกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลแม่แจ่ม และได้รับการวินิจฉัยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี สมครใจในการตอบแบบสอบถาม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือโรคร่วมรุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเมร็งขณะให้เคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของอารยา เชียงของ (2561) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
2. สถานะสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง การมีภาวะแทรกซ้อน การมีโรคร่วม ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) และวิธีการรักษาโรคเบาหวาน
3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ทั้งหมด 30 ข้อ ได้แก่ ระดับขั้นพื้นฐาน 14 ข้อ ขั้นปฏิสัมพันธ์ 6 ข้อ และขั้นวิจารณ์ญาณ 10 ข้อ คะแนนรวม 150 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแปลผลคะแนนดังนี้ 30 – 74 คะแนน ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ 75 – 119 คะแนน ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 120 – 150 คะแนน ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 6 ข้อ การใช้ยาเบาหวาน 6 ข้อ และการจัดการความเครียด 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ถึง “ปฏิบัติมากกว่า 3 สัปดาห์” มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24.00 – 96.00 คะแนน โดยแปลผลคะแนนดังนี้ 24.00 – 48.00 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ 48.01 – 72.00 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และ 72.01 – 96.00 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ค่าดัชนีความตรง (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ด้วยการหาค่า IOC: Index of item objective congruence เท่ากับ 1 ทุกข้อ จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือทั้งสองชุดไปทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาจริง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ในอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำโครงร่างงานวิจัยพร้อมกับแบบสอบถามและใบยินยอมของอาสาสมัครเพื่อขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
2. จัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่แจ่ม เพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลแม่แจ่ม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอแม่แจ่ม เพื่อบันทึกเวลาในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานตามทะเบียนรายชื่อที่ส่งมา
4. อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยพร้อมกับให้อาสาสมัครอ่านทำความเข้าใจของอาสาสมัคร และทำการลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารยินยอมของอาสาสมัคร
5. เมื่อได้รับความยินยอม ผู้วิจัยและผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแม่แจ่ม ที่ได้รับการชักชวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมแบบสอบถามเป็นอย่างดี เข้ามาช่วยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม
6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมแบบสอบถามดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในวันที่มีคลินิกและในชุมชนกรณีที่ไม่ได้มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลแม่แจ่ม หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแม่แจ่มจนครบตามจำนวน
7. กรณีการเก็บข้อมูลในคลินิกจะประสานเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลแม่แจ่ม โดยผู้วิจัยส่งรายชื่อผู้ป่วยจากที่ส่งมาให้กับเจ้าหน้าที่คลินิก เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อไว้ให้โดยแยกออกจากกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่มารับบริการที่คลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วย Spearman's Rank Correlation Coefficient เนื่องจากพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$) โดยมีระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Hinkle et al. (2003) ดังนี้ ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง $0.00-0.19$ = ต่ำมาก, $0.20-0.39$ = ต่ำ, $0.40-0.59$ = ปานกลาง, $0.60-0.79$ = สูง และ $0.80-1.00$ = สูงมาก

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยได้รับการรับรองการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ 25/2568 วันที่ 29 พฤษภาคม 2568 โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่อาสาสมัครมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือ

การทดลอง หากท่านยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.90 อายุเฉลี่ย 57.51 ปี อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 50 – 59 ปี มากที่สุดร้อยละ 39.10 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.63 อยู่ในช่วงระหว่าง 18.55 – 22.99 kg/m² มากที่สุดร้อยละ 39.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 69.50 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป ระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว (DTX) ส่วนใหญ่น้อยกว่า 126 mg/dL ร้อยละ 61.50 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานร้อยละ 77.00 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 50.60

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายด้าน ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n = 174)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ			M(S.D.)	ระดับ
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
ขั้นพื้นฐาน	3 (1.73)	93 (53.44)	78 (44.83)	36.13 (8.95)	ปานกลาง
ขั้นปฏิสัมพันธ์	7 (4.02)	118 (67.82)	49 (28.16)	16.87 (4.47)	ปานกลาง
ขั้นวิจารณ์ญาณ	8 (4.60)	92 (52.87)	74 (42.53)	26.08 (6.63)	ปานกลาง
ภาพรวม	4 (2.29)	101 (58.05)	69 (39.66)	79.08 (18.05)	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 174)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ระดับ			M(S.D.)	ระดับ
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
การบริโภคอาหาร	84 (48.28)	78 (44.83)	12 (6.89)	17.82 (3.37)	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	21 (12.07)	78 (44.83)	75 (43.10)	13.45 (4.19)	ปานกลาง
การรับประทานยา	20 (11.50)	124 (71.26)	30 (17.24)	14.99 (2.95)	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	48 (27.59)	108 (62.07)	18 (10.34)	16.99 (3.16)	ปานกลาง
ภาพรวม	23 (13.22)	136 (78.16)	15 (8.62)	63.29 (9.70)	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.28, p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.35, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.27, p < 0.01$)

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.23, p = 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.32, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.23, p < 0.01$)

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.26, p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.33, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.26, p < 0.01$)

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.28, p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.30, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.24, p < 0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (n = 174)

ความรู้ ด้านสุขภาพ	ค่า สถิติ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
		การบริโภค อาหาร	การออกกำลังกาย	การรับประทาน ยา	การจัดการ ความเครียด	ภาพรวม
ขั้นพื้นฐาน	r_s	0.07	0.32**	-0.14	0.23**	0.23**
	p-value	0.37	< 0.01	0.06	0.02	0.02
ขั้นปฏิสัมพันธ์	r_s	0.04	0.33**	-0.09	0.26**	0.26**
	p-value	0.64	< 0.01	0.23	< 0.01	< 0.01
ขั้นวิจารณ์ญาณ	r_s	0.17*	0.30**	-0.08	0.24**	0.28**
	p-value	0.03	< 0.01	0.28	0.01	< 0.01

ความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสถิติ	พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง				
		การบริโภคอาหาร	การออกกำลังกาย	การรับประทานยา	การจัดการความเครียด	ภาพรวม
ภาพรวม	r_s	0.11	0.35**	-0.13	0.26**	0.28**
	p-value	0.16	< 0.01	0.08	0.01	< 0.01

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

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

อภิปรายผล

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้

1.1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะทักษะการรับรู้และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผ่านการปฏิสัมพันธ์โดยตรง เช่น ความเข้าใจในคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล รวมถึงความสามารถในการระบุข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของตนเอง (เช่น ประวัติการเจ็บป่วยและวิธีการรับประทานยา) สะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการถ่ายทอดข้อมูลเน้นผ่านการฟังและการพูดเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ยังคงพบข้อจำกัดสำคัญในด้านทักษะการอ่านและการทำความเข้าใจสื่อสิ่งพิมพ์สุขภาพเนื่องจากอาจจะไม่ค่อยเข้าใจในภาษามากนัก ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการตีความหรือมักพบข้อความที่ไม่เข้าใจ สภาวะการณ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Leininger (2002) ในมิติของปัจจัยด้านการศึกษาและวัฒนธรรม (Educational and Cultural Factors) ที่ระบุว่า รูปแบบการส่งต่อข้อมูลสุขภาพในระบบบริการสมัยใหม่มักถูกจำกัดด้วยกำแพงทางภาษาและสัญลักษณ์ที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิม ทำให้ความสามารถในการคัดกรองข้อมูลจากสื่อสมัยใหม่ (เช่น Line, YouTube, TikTok, Facebook เป็นต้น) ยังไม่บรรลุประสิทธิภาพในระดับสูงสุด นอกจากนี้ ประสงค์ เอี่ยมอนันต์ และคณะ (2561) ยังยืนยันว่าอุปสรรคเชิงภูมิศาสตร์และความห่างไกลจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยขวางกั้นที่สำคัญ (Barriers) ทำให้ทักษะการสืบค้นข้อมูลในระดับต่ำนี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง

1.2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ครอบคลุมถึงทักษะการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ความมั่นใจในการตอบโต้ข้อมูลอาการเจ็บป่วย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รวมถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนและต่อรองแนวทางการรักษาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฏฐา จิตจักร (2562) ที่ระบุว่า การขยายตัวของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกลและการใช้ล่ามภาษาถิ่นช่วยลดช่องว่างในการสื่อสาร ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อมั่นและกล้าที่จะแสดงออกถึงความต้องการทางสุขภาพของตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่ระดับความรู้ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง อาจมีปัจจัยจากบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมเรื่อง "ความเกรงใจ" (Empathetic Consideration) และการยอมรับในอำนาจของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ดั้งเดิมของชาวกะเหรี่ยงที่มักจะไม่ได้แย้งโดยตรงหากข้อเสนอแนะทางการแพทย์ขัดกับวิถีความเชื่อส่วนบุคคล หากมองในมิติของโครงสร้างทางสังคมและปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Social Structure and Cultural Factors) (Leininger et al., 2002) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะภาษา

เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการยอมรับคุณค่าข้ามวัฒนธรรม การที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการ "ต่อรอง" และ "แลกเปลี่ยน" ข้อมูลสุขภาพในระดับปานกลาง ถือเป็นสัญญาณบวกของการปรับตัวเชิงวัฒนธรรม (Culture Care Accommodation) เพื่อบูรณาการระบบการแพทย์สมัยใหม่ให้เข้ากับวิถีชีวิตดั้งเดิมได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) ที่ระบุว่าระบบสนับสนุนทางสังคมในเครือข่ายและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีทักษะการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากระบบบริการสาธารณสุข

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ครอบคลุมตั้งแต่ทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของโฆษณาสินค้าสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลก่อนการตัดสินใจนำไปปฏิบัติ การใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของข้อมูลสุขภาพจากสื่อหรือบุคคลรอบข้าง ไปจนถึงความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนคำแนะนำทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของตนเอง ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึง "กระบวนการเปลี่ยนผ่านทางความคิด" (Cognitive Transition) ของผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเริ่มมีการใช้ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) ในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่ได้เชื่อหรือปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับในทันที สอดคล้องกับแนวคิดของ Leininger (2002) ในมิติของปัจจัยด้านปรัชญาและวิถีชีวิต (Philosophical and Lifeway Factors) ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่จากระบบการแพทย์สมัยใหม่ จะเกิดกระบวนการเปรียบเทียบกับความเชื่อเดิมและบริบททางวัฒนธรรมของตนเองก่อนการตัดสินใจรับมาปฏิบัติ (Culture Care Accommodation) นอกจากนี้ ทักษะในการประเมินความน่าเชื่อถือของอาหารเสริมหรือโฆษณาลดระดับน้ำตาลที่อยู่ในระดับปานกลาง ยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ เนตรนภา กาบบณดี และคณะ (2564) ที่ระบุว่าระดับความรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่คะแนนยังไม่บรรลุถึงระดับสูงอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลายในพื้นที่ห่างไกล ดังที่ ประสงค์ เอี่ยมอนันต์ และคณะ (2561) ได้ชี้แจงถึงอุปสรรคเชิงภูมิศาสตร์ที่เป็นข้อขวางกั้นการเข้าถึงสารสนเทศที่ทันสมัย ส่วนมิติของการมีส่วนร่วมในครอบครัว ความสามารถในการแนะนำสมาชิกให้ป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในระดับปานกลางนั้น แสดงถึงบทบาทของระบบเครือข่ายที่เป็นโครงสร้างสำคัญในสังคมกะเหรี่ยง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารภายในกลุ่มชาติพันธุ์ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการตนเอง ซึ่งทักษะในขั้นวิจารณ์ญาณนี้จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยให้มีความยั่งยืน หากได้รับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นฐานของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม และพฤติกรรมรายด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความพยายามในการปรับตัวเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีเงื่อนไขด้านบริบทวัฒนธรรมในการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากรูปแบบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานสูง เช่น การทำเกษตรบนพื้นที่สูง ส่งผลให้มีการบริโภคข้าวในปริมาณมาก ซึ่งขัดกับหลักการควบคุมคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินระดับปานกลางสะท้อนถึงการ

เริ่มตระหนักรู้เรื่องการควบคุมอาหาร แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนจากวิถีการกินดั้งเดิมได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศนีย์ จินะธรรม และคณะ (2561) ที่พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการบริโภคผักไม่หลากหลายรับประทานผักและผลไม้สดในปริมาณน้อย รวมถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมอาหาร เช่น ความเชื่อว่าการรับประทานผลไม้สดมีผลมากกว่าอาหาร หรือไม่ยอมรับคำแนะนำด้านโภชนาการบางประการ นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มการบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่มีแป้งและไขมันสูงในกลุ่มชาวกะเหรี่ยงที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เสี่ยงมากขึ้น (อนงค์ คำตัน และคณะ, 2561) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของ Leininger et al. (2002) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพถูกกำกับด้วยคุณค่าและความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ฝังรากลึก ชาวกะเหรี่ยงจึงมีการผสมผสานคุณค่าทางสังคมแบบดั้งเดิมเข้ากับวิถีชีวิตสมัยใหม่ แต่การรับวัฒนธรรมอาหารร่วมสมัยโดยขาดการพิจารณาด้านโภชนาการที่เหมาะสมก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงทางวัฒนธรรม (Cultural Risk Factors) ซึ่งทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมยังคงอยู่เพียงระดับปานกลาง และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคในระยะยาว

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากวิถีชีวิตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับงานเกษตรบนพื้นที่สูงที่ต้องทำงานตั้งแต่ตอนเช้าจรดตอนเย็น ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและลดโอกาสในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มเติม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมองว่าการออกกำลังกายรวมอยู่ในกิจกรรมประจำวัน เช่น การเดินในไร่หรือทำงานบ้าน มากกว่าการออกกำลังกายแบบมีโครงสร้าง ประเด็นดังกล่าวสะท้อนความคลาดเคลื่อนเชิงมโนทัศน์ระหว่างนิยามทางการแพทย์กับการปฏิบัติจริงในบริบทวัฒนธรรม โดยชาวกะเหรี่ยงมีความเชื่อว่าการทำงานหนักถือเป็นการทดแทนการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของ Leininger (2002) ในมิติของ “คุณค่าและความเชื่อทางวัฒนธรรม” ที่ให้ความสำคัญกับแรงงานเพื่อดำรงชีพเป็นหลัก นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านร่างกายตามวัยและปัจจัยด้านภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่สูงชันยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประสงค์ เอี่ยมอนันต์ และคณะ (2561) ที่รายงานว่าภูมิประเทศและสรีระของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่ลดทอนความสามารถในการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในกลุ่มชาติพันธุ์นี้จำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Culture Care Repatterning) โดยบูรณาการลักษณะการใช้แรงงานในวิถีชีวิต เช่น ทำางการทำงานเกษตร เข้ากับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความสอดคล้องทางวัฒนธรรมและสามารถปฏิบัติได้จริงอย่างยั่งยืนในบริบทของผู้ป่วย

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลางนั้นสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางการแพทย์ (Medical Transition) ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งเดิมมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านคมนาคมและภูมิศาสตร์เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความเชื่อถือและการพึ่งพาการรักษาแบบพื้นบ้านผ่านหมอผีและหมอดำเฒ่าในชุมชน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่ามีการยอมรับและเชื่อถือในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ณิชริญา จิตจักร (2562) ที่ระบุว่า การขยายตัวของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีความครอบคลุม ตลอดจนการพัฒนาทักษะการสื่อสารผ่านล่ามภาษาถิ่นและการปรับปรุงคุณภาพบริการ ช่วยลดช่องว่างทางวัฒนธรรมและส่งเสริมการเข้าถึง

ระบบสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ พฤติกรรมการรับประทานยาในระดับปานกลางยังได้รับอิทธิพลจาก ระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support System) ในรูปแบบเครือญาติและชุมชน ดังที่ วัชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) สังเกตเห็นพฤติกรรมการช่วยเหลือกันในการเดินทางไปรับบริการทางการแพทย์และรับยาแบบกลุ่ม ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวเพื่อก้าวข้ามอุปสรรคด้านการเดินทาง เมื่อพิจารณาผ่านกรอบแนวคิดของ Leininger ในเรื่อง การปรับตัวและการเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรม (Culture Care Accommodation and Negotiation) จะเห็นได้ว่า แม้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงจะเริ่มบูรณาการแผนการรักษาแบบสมัยใหม่เข้ากับวิถีชีวิตดั้งเดิม แต่การที่ผลยังอยู่ในระดับปานกลางอาจเป็นเพราะกระบวนการเปลี่ยนผ่านนี้ยังไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยยังคงอยู่ท่ามกลางการตัดสินใจระหว่างความเชื่อเดิมและแนวทางใหม่ การยกระดับพฤติกรรมจึงต้องอาศัยกลยุทธ์ การอนุรักษ์ (Care Preservation) ส่วนที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Care Repatterning) เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในการบริหารยาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงการใช้กลไกการปรับตัวทางสังคมและวัฒนธรรมเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจ โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงให้ความสำคัญกับระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ผ่านการปฏิสัมพันธ์และระบายความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ทศนีย์ จินะธรรม และคณะ (2561) นอกจากนี้ยังมีการใช้กิจกรรมนันทนาการเชิงวัฒนธรรม เช่น การเล่น “นาแตง” และวิธีการพึ่งพาสิ่งแวดล้อมอย่างการเดินป่าเพื่อหาอาหาร เป็นเครื่องมือในการผ่อนคลายความตึงเครียดจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) อย่างไรก็ตาม พบประเด็นที่น่ากังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมผ่านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2556) พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพยาธิสภาพของโรค เนื่องจากภาวะเครียดเรื้อรังจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาททากัส (Vagus Nerve) และส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) อย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวจะเพิ่มระดับกรดไขมันในกระแสเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีประเด็นสำคัญในการอภิปรายดังนี้

3.1 ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.28, p < 0.01$) ซึ่งยืนยันว่าระดับความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพ เป็นปัจจัยต้นน้ำที่ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษฎา เจริญรัตน์ (2562) แม้ว่าค่าสหสัมพันธ์ในกลุ่มชาติพันธุ์จะมีระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงอิทธิพลของบริบททางภูมิศาสตร์ที่ห่างไกล และภาษาเขียนที่จำกัดการรับรู้ข้อมูลเชิงลึก ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.35, p < 0.01$) เมื่อเทียบกับพฤติกรรมด้านอื่น มิตินี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ได้รับการพัฒนาความรู้จะเกิดการ "ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์" (Paradigm Shift) ในการจำแนกความแตกต่างระหว่างกิจกรรมทางกายจากการทำงาน (Physical Activity) และการออกกำลังกายแบบมีแผนงาน (Structured Exercise) เพื่อการบำบัดโรค สอดคล้องกับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Care Repatterning) ของ Leininger (2002) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยบูรณาการการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตบน

พื้นที่สูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการความเครียด ($r_s = 0.26, p < 0.01$) ซึ่งให้เห็นว่าทักษะความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงวิธีการผ่อนคลายที่สร้างสรรค์และเหมาะสมกับโรคเบาหวาน แทนการใช้กลไกการจัดการในทางที่ผิด เช่น การดื่มสุราเพื่อคลายความเมื่อยล้าตามความเชื่อเดิม สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ยุทธการ ประพากรณ์ และคณะ (2564) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุกะเหรี่ยง และช่วยยกระดับความสามารถในการจัดการตนเองท่ามกลางภาวะกดดันของโรคเรื้อรัง

3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.23, p < 0.01$) รวมถึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.32, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.23, p < 0.01$) ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้

3.2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งหมายถึง ทักษะการอ่าน การเขียน และการคำนวณเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ความสัมพันธ์เชิงบวกที่ระดับนัยสำคัญนี้บ่งชี้ว่า เมื่อผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐาน เช่น วิธีการรับประทานยา หรือคำแนะนำเบื้องต้นจากบุคลากรทางการแพทย์ จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษามากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่าความรู้ขั้นพื้นฐานเป็นเงื่อนไขจำเป็นในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ แม้ในบริบทกลุ่มชาติพันธุ์จะมีข้อจำกัดทางภาษา แต่การรับรู้ข้อมูลผ่านการสื่อสารด้วยวาจา (Oral Literacy) ที่ดีขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงข้อมูลสู่การปฏิบัติได้ ความรอบรู้ขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงสุด ($r_s = 0.32, p < 0.01$) สะท้อนว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่าง "กิจกรรมทางกายจากการทำงาน" และ "การออกกำลังกายเพื่อการรักษา" จะเกิดความตระหนักและพยายามปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สิ่งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2002) ในมิติของการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Care Repatterning) โดยผู้ป่วยใช้ความรู้พื้นฐานที่ได้รับมาประเมินวิถีชีวิตเดิมและบูรณาการการออกกำลังกายแบบมีแผนงานเข้ากับบริบทการทำงานในไร่นาได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด ($r_s = 0.23, p < 0.01$) บ่งชี้ว่าทักษะความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการปฏิบัติตนเบื้องต้น จะส่งผลให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง และสามารถเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์ควบคู่ไปกับวิถีวัฒนธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุทธการ ประพากรณ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตและลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชาติพันธุ์

3.1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.26, p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.33, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.26, p < 0.01$) ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ซึ่งครอบคลุมถึงทักษะการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการกล้าซักถามบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงสามารถ "เข้าถึง" แผนการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองได้ ความสัมพันธ์เชิงบวกที่ปรากฏนี้สะท้อนว่า เมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารและกล้าที่จะต่อรณรงค์แนวทางการดูแลรักษา กับทีมสุขภาพ จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเองในภาพรวมสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ

Nutbeam (2000) ที่ระบุว่าความรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจภายใต้สภาวะทางสังคมที่แตกต่างกัน ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.33$, $p < 0.01$) ซึ่งให้เห็นว่าทักษะการปฏิสัมพันธ์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเพื่อขอรับคำแนะนำเชิงเทคนิคเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ในบริบทของชาวกะเหรี่ยงแม่แจ่มที่มีวัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทักษะนี้ยังอาจรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อนบ้านและครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในการออกกำลังกายร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของธารารัตน์ สัญญะโม และนรินทร์ สังข์รักษา (2567) ที่พบว่าทักษะการตอบโต้ชักถามเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ห่างไกล ความรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($r_s = 0.26$, $p < 0.01$) สะท้อนถึงอัตลักษณ์ของชาวกะเหรี่ยงที่เน้นการสื่อสารภายในกลุ่มสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านเพื่อคลายความวิตกกังวล การมีทักษะการสื่อสารที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึกและแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตของโรคได้ทันทั่วทั้งที่ สอดคล้องกับแนวคิดการประนีประนอมและการปรับตัวเชิงวัฒนธรรม (Culture Care Accommodation) ของ Leininger (2002) ที่ระบุว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (หรือคนในชุมชน) จะช่วยสร้างสภาวะสมดุลทางจิตใจและลดพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม

3.1.3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.28$, $p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.30$, $p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.24$, $p < 0.01$) ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นระดับสูงสุดขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนตัดสินใจปฏิบัติ ความสัมพันธ์เชิงบวกที่ปรากฏนี้สะท้อนว่า เมื่อผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องออกจากโฆษณาชวนเชื่อหรือความเชื่อที่คลาดเคลื่อนได้ จะส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่าความรู้ในระดับนี้เป็นกลไกสำคัญในการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของตนเองได้ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.30$, $p < 0.01$) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ขั้นวิจารณ์ญาณจะไม่ได้เพียงแค่ปฏิบัติตามคำสั่ง แต่จะใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการออกกำลังกายที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ในบริบทของชาวกะเหรี่ยงซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทักษะนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่าการทำงานหนักในไร่มีความแตกต่างจากการออกกำลังกายเพื่อการรักษาอย่างไร และนำข้อมูลไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของร่างกาย สอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Care Repatterning) ของ Leininger (2002) ที่เน้นการบูรณาการความรู้ใหม่เข้ากับวิถีชีวิตดั้งเดิมอย่างสมเหตุสมผล ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด ($r_s = 0.24$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าทักษะการคิดวิเคราะห์ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ตระหนกต่อข้อมูลสุขภาพที่คลาดเคลื่อนหรือข่าวลือที่อาจกระตุ้นความวิตกกังวล ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริมลดน้ำตาล) ช่วยลดความเครียดจากการลองผิดลองถูก และนำไปสู่การเลือกใช้วิธีผ่อนคลายที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ เนตรนภา กาบมณี และคณะ (2564) ที่เน้นย้ำว่าการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเป็นปัจจัยตัดสินใจที่สำคัญในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมหรือมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง โดยมุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในมิติที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต

2. จากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ให้เป็นผู้นำหรือต้นแบบด้านการสื่อสารสุขภาพ เพื่อช่วยถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันในชุมชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

3. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด บุคลากรด้านสุขภาพควรพัฒนาเครื่องมือสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับทักษะของผู้ป่วย เช่น สื่อที่ใช้ภาพ สี และสัญลักษณ์แทนข้อความตัวอักษร รวมถึงการปรับรูปแบบสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพจากการใช้ตัวเลขเป็นรูปแบบสีหรือสัญลักษณ์ เพื่อช่วยลดอุปสรรคด้านภาษาเขียนและสนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรมุ่งศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

2. จากผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในอนาคตควรมุ่งพัฒนานวัตกรรมหรือสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทด้านภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น แอปพลิเคชันหรือสื่อดิจิทัลในรูปแบบเสียงภาษาถิ่น หรือสื่อภาพเคลื่อนไหว/การ์ตูนสั้น เพื่อทดสอบประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ เช่น ลาหู่ ม้ง หรือลีซอ เพื่อเปรียบเทียบและพัฒนาแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับความหลากหลายทางชาติพันธุ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุกศึกษา, และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). การสำรวจความรู้แจ้งแค้นด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2566). ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 2561–2565. <https://shorturl.asia/u4lP3>
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2554. กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎา เจริญรัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 1–13.
- ณัฏฐริญา จิตจักร. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชนเผ่ากาเกอะญอ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. *ลำปางเวชสาร*, 40(1), 10–16.
- ทัศนีย์ จินะธรรม, กิรภัทร์ คุ่มเนตร, และ พิษณุรัตน์ กันทวี. (2561). การศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 10(1), 179–192.
- ธารรัตน์ สัญญะโม, และ นรินทร์ สังข์รักษา. (2567). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารสังคมและวัฒนธรรม*, 8(5), 279–292.
- ประสงค์ เอี่ยมอนันต์, กรรณิการ์ ตะวิไชย, และ กนกวรรณ เอี่ยมอนันต์. (2561). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของกลุ่มชาติพันธุ์ในเขตพื้นที่สูง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*.
- ยุทธการ ประพากรณ์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ เดชา ทำดี. (2564). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง. *พยาบาลสาร*, 48(1), 67–79.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน 2557*. หจก. อรุณการพิมพ์.
- วัชรินทร์ คำสา, วรณรัตน์ ลาวัจ, และ สมสมัย รัตนกริธากุล. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดตาก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 76–89.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. อักษรกราฟฟิคดีไซน์.
- ศุณย์มานุ ษยวิทยาสิทธิธร. (2559). *ฐานข้อมูลงานวิจัยทางชาติพันธุ์ในประเทศไทย*. <http://www.sac.or.th/databases/ethnicredb/articles.php>

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคณา โคตนารา, รัชฎาพร ธรรมน้อย, อรพิน ยอดกลาง, และ บุชบา อนุศักดิ์. (2556). ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย: ความแตกต่างทางเพศภาวะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(3), 245–256.
- สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เฟื่องทอง, และ คุณญา แก้วทันคำ. (2563). คุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย*, 14(1), 72.
- อนงค์ คำตัน, วันเฉลิม ฤทธิมนต์, และ สุรางค์รัตน์ พ้องพาน. (2566). ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของประชากรวัยทำงานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) ตำบลเวียงเหนือ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *Phrae Medical Journal and Clinical Sciences*, 31(1), 43–58.
- อารยา เขียงของ. (2561). *ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน [ดุชนิพนธ์]*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- American Diabetes Association. (2023). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S19–S40.
- Daniel, W. W. (1999). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (7th ed.). John Wiley & Sons.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874–879.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Lorga, T., Srithong, K., Manokulanan, P., Aung, T. N., & Aung, M. N. (2012). Public knowledge of diabetes in Karen ethnic rural residents. *International Journal of General Medicine*, 799–804.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2002). *Diabetes Care*, 25(Suppl. 1), S5–S20. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.2007.s5>
- Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., Hadden, D., Turner, R. C., & Holman, R. R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35). *BMJ*, 321(7258), 405–412. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7571

