

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี



สุภาภรณ์ อนุรักษ์อุดม

Christian University of Thailand

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

.....

(นางสุภาภรณ์ อนุรักษ์อุดม)

ผู้วิจัย

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้)

วท.บ (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม (พยาบาลศาสตร์)

Ph.D. (Health Science)

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....

(รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิณชิระนันท์)

วท.บ (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิมา กุสุมา ณ อรุณา)

วท.บ (พยาบาล) ภ.ม. (สตรีวิทยา)

ปร.ค. (เภสัชศาสตร์ชีวภาพ)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชวนชม ชินะตั้งกูร)

กศ.บ., M.S., Ph.D.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....
(รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิณชิระนันท์)

วท.บ (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยานิพนธ์ เรื่อง
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง
วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2552

.....
(นางสุภาภรณ์ อนุรักษ์อุคม)

ผู้วิจัย

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชวนชม ชินะตั้งกูร)

กศ.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้)

วท.บ (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม (พยาบาลศาสตร์) Ph.D. (Health Science)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา)

วท.บ (พยาบาล) ภ.ม. (สรีรวิทยา)

ปร.ด. (เภสัชศาสตร์ชีวภาพ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชวนชม ชินะตั้งกูร)

กศ.บ., M.S., Ph.D.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....
(รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันท์)

วท.บ (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาความช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิณฺฐิระนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้ และรองศาสตราจารย์ ดร. ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้เป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัย และรองศาสตราจารย์ ดร.ชวนชม ชินะตั้งกูร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สุปราณี แดงวงษ์ และอาจารย์ ดร. สุพัฒนา คำสอน ที่กรุณาแนะนำแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูล และให้กำลังใจผู้ทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานทุกคนที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการตอบแบบสัมภาษณ์

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณลุง คุณป้า พี่ ๆ พยาบาลแผนกศัลยกรรมพิเศษ และเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง มหาวิทยาลัยคริสเตียน ที่สนับสนุนส่งเสริมผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา

492020 : สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 / พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ โภชนาการ

สุภาภรณ์ อนุรักษ์อุดม: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี (Factors Affecting Nutritional Health Promoting Behaviors in Type 2 Diabetic Patients at Makarak Hospital in Kanchanaburi Province) คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้, Ph.D. รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, M.S. รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ปร.ค., 98 หน้า

โรคเบาหวานจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 120 คน ได้จากการสุ่มอย่างมีระบบ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2551 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาอำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{x} = 3.43$, S.D. = 0.575) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{x} = 3.26$, S.D. = 0.781) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ($\bar{x} = 2.95$, S.D. = 1.08) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรรายได้ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า การรับรู้ประโยชน์ สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 23.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้สมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$\hat{Y}$$
 (พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ) = 53.050 + (-.363)(รายได้) + (.247)(ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า) + (.167)(การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยให้สูงขึ้น โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมากขึ้น และช่วยลดอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

492020 : MAJOR: Advanced Adult Nursing; M.N.S (Advanced Adult Nursing)

KEYWORDS : TYPE 2 DIABETES MELLITUS/ HEALTH PROMOTING BEHAVIOR/
NUTRITION

Supaporn Anuragudom : Factors Affecting Nutritional Health Promoting Behaviors in Type 2 Diabetic Patients at Makarak Hospital in Kanchanaburi Province. Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Sakul Changmai, Ph.D., Assoc. Prof. Sompan Hinjiranan, M.S., Assoc. Prof. Dr. Sasima Kusumana Ayuthaya, Ph.D., 98 pages.

Diabetes mellitus is one of the major health problems in Thailand. The cause of this problem stems partly from inappropriate nutritional behaviors. The purpose of this descriptive research was to study factors affecting nutritional health promoting behaviors in type 2 diabetic patients. The factors included marriage status, education level, income, duration of illness, perceived benefits and perceived barriers. The sample consisted of 120 patients, who were selected by using systematic random sampling. Structured questionnaires were used for data collection during February to March 2008. The questionnaires included a personal data form, nutritional health promoting behaviors, the perceived benefits and the perceived barriers. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation, Eta correlation and stepwise multiple regression.

The results of this study showed that the overall mean of nutritional health promoting behaviors was at a rather good level ($\bar{x} = 3.43$, S.D. = 0.575), the overall mean of perceived benefits was at a rather good level ($\bar{x} = 3.26$, S.D. = 0.781) and the overall mean of perceived barriers was at a rather reasonably level ($\bar{x} = 2.95$, S.D. = 1.08). The results of stepwise multiple regression analysis revealed that, income, education level, perceived benefits could 23.5 percent predict nutritional behaviors (P – value < .05). The predictive equation in raw data is:

$$\hat{Y} = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3$$

\hat{Y} (nutrition) = 53.050 + (-.363) (income) + (.274) (education) + (.167) (perceived benefits)

These results can be utilized for developing guidelines for nutritional health promoting behaviors of type 2 diabetic patients at risk, by focusing on increasing perception of benefits and decreasing barriers of performing health promoting behaviors.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่ 1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	5
คำถามของการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
นิยามตัวแปร.....	10
บทที่ 2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคเบาหวาน.....	11
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.....	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.....	35
บทที่ 3. วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
สถานที่ศึกษา.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การคุณภาพของเครื่องมือ.....	44
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
บทที่ 4. ผลการวิจัย.....	48
บทที่ 5. อภิปรายผล.....	59
บทที่ 6. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	65
บรรณานุกรม.....	67
ภาคผนวก.....	75
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	76
ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย.....	78
ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	80
ง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	90
จ ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณทดสอบโดยการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อน.....	94
ประวัติผู้วิจัย	98

Christian University of Thailand

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค (n = 120).....	49
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จำแนกตามรายชื้อ (n= 120).....	51
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จำแนกตามรายชื้อ (n= 120).....	53
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จำแนกตามรายชื้อ (n= 120).....	54
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค และ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.....	56
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา...	57
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ.....	57

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	8
2	แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)	27



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่นับวันยังมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาทบทวนข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคเบาหวานทั่วโลกสรุปได้ว่าใน พ.ศ. 2540 ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วโลกครั้งหลังสุด พบว่า อัตราความชุกของโรคเบาหวานในปีนั้นเท่ากับร้อยละ 2.1 ของประชากรทั่วโลก ดังนั้นจึงประมาณได้ว่า มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกอยู่ประมาณ 124 ล้านคน แบ่งเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ประมาณ 3.5 ล้านคนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 120 ล้านคน ในจำนวนนี้อยู่ในทวีปเอเชียมากที่สุดคือ 66 ล้านคน และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศภูมิภาคเอเชียและแอฟริกา ซึ่งอาจเพิ่มขึ้นถึง 2-3 เท่า และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวานในโลกนี้ถึงประมาณ 220 ล้านคน และร้อยละ 61 จะอยู่ในทวีปเอเชีย ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 5 ล้านคน และชนิดที่ 2 จำนวนถึง 215 ล้านคน (สาธิต วรรณแสง, 2546: 17-18) และจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก เมื่อ พ.ศ.2543 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานสูงถึงร้อยละ 9.6 หรืออาจกล่าวได้ว่าประชากร 10 คน จะพบว่าเป็นเบาหวาน 1 คน โดยทราบว่าเป็นเบาหวานอยู่แล้วร้อยละ 4.8 ค้นพบใหม่ร้อยละ 4.8 และยังมีผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง (Pre-diabetes) อยู่ถึงร้อยละ 5.4 (Aekplakorn, et al., 2003)

ไวลด์ และคณะ (Wild, et al., 2004 : 1047) ได้ศึกษาความชุกของโรคเบาหวานในประชากรทุกอายุทั่วโลก พบว่าความชุกใน พ.ศ. 2543 เท่ากับร้อยละ 2.8 และจะเป็นร้อยละ 4.4 ใน พ.ศ. 2573 โดยคาดว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นจาก 171 ล้านคน ใน พ.ศ. 2543 เป็น 366 ล้านคน ใน พ.ศ. 2573 มากขึ้นกว่า 2 เท่า เมื่อพิจารณาตามอายุและเพศ พบว่าความชุกของโรคเบาหวาน

ในผู้ชายที่อายุน้อยกว่า 60 ปี และในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 60 ปี จะสูงกว่าของเพศตรงข้ามเล็กน้อย ในภาพรวมความชุกของโรคเบาหวานในผู้ชายจะสูงกว่า แต่ถ้าพิจารณาถึงจำนวนแล้ว ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีจำนวนมากกว่า เมื่อแบ่งผู้ป่วยเบาหวานตามช่วงอายุต่างๆ พบว่าในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยที่มีอายุ ระหว่าง 45 – 64 ปี จะมีจำนวนมากที่สุด ขณะที่ในประเทศพัฒนาแล้วจะเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 64 ปี คาดว่าใน พ.ศ. 2573 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 64 ปี ในประเทศกำลังพัฒนาจะมีจำนวนมากกว่า 82 ล้านคน และในประเทศพัฒนาแล้วจะมีจำนวนมากกว่า 48 ล้านคน ประเทศอินเดียจะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด คือ 79.4 ล้านคน รองลงไป คือ จีน 42.3 ล้านคน และสหรัฐอเมริกา 30.3 ล้านคน (เทพ หิมะทองคำ, 2547: 7-8)

โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ คือ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็ก (Micro vascular) และหลอดเลือดใหญ่ (Macro vascular) ภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ อาจใช้เวลาเป็นปี ผู้เป็นเบาหวานไม่มีโอกาสทราบว่าภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อใด มักทราบเมื่อมีอาการแสดงจากการเสื่อมหน้าที่ของระบบต่าง ๆ แล้ว ซึ่งความเสื่อมนี้ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม (สมบุญ วงศ์ธีรภัค, 2545: 43) เช่น ทำให้เกิดไตอักเสบ ไตเสื่อม จนกระทั่งไตวายร้อยละ 40 ปลายประสาทอักเสบ ทำให้ชาตามปลายมือปลายเท้า หมดความรู้สึกลำตัวและพบร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 38.4 ตามัว ตาพร่า ตาบอดร้อยละ 32.1 หลอดเลือดหัวใจตีบตันหรืออุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 8-17.3 เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายและหลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เป็นอัมพาตซึ่งพบได้ร้อยละ 5.8-15.4 (สุชาติ ปิ่นตะเภา, 2540: 35) จากภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ และประเทศชาติ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 1994 พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 132,772 บาทต่อคนต่อปี โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 45-64 ปี ใช้เงินประมาณ 119,928 บาท ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 159,714 บาท (Selby, et al, 1997: 1396-1399) ใน ค.ศ.1995 ค่ารักษาผู้ป่วยเบาหวานต่อคนต่อปีสูงถึง 233,662 บาท (Meckienburg, et al, 1997: 3514) ในประเทศไทยได้มีการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศิริราช สูญเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะค่ารักษาพยาบาลในการมาตรวจ เฉลี่ยคนละ 5,582.80 บาทต่อปี (อรุณี รัตนพิทักษ์, 2540: 80-81) เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานเราควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาความรู้ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 34) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า หมายถึงการที่บุคคลหรือกลุ่มคนมีการปฏิบัติตน เพื่อไปให้ถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดี เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง โดยเน้นว่าเป็นการปฏิบัติตนเองไปในทางบวก หรือส่งเสริมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น แนวคิดนี้เพนเดอร์ได้นำเสนอไว้ตั้งแต่ปี 1982 และได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบและแก้ไขปรับปรุงเรื่อยมา เนื่องจากพบว่า ยังขาดแรงจูงใจในการที่จะกระทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และไม่สามารถที่จะนำไปใช้ได้กับภาวะสุขภาพของทุกช่วงอายุ ทุกวัยในบุคคล โดยเฉพาะเมื่อบุคคลถูกคุกคามจากการเจ็บป่วย จึงได้มีการปรับเปลี่ยนจนกระทั่งกลายมาเป็นรูปแบบใหม่ล่าสุดคือ รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting model) ในปี 1996 ประกอบด้วย 6 ด้านย่อยคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และการจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าถ้าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปฏิบัติตัวได้ทั้ง 6 ด้าน จะทำให้สามารถควบคุมอาการของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนได้ อย่างไรก็ตามการที่โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาคือ พยายามทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง หรือให้ใกล้เคียงระดับปกติ แต่การจะทำได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพราะจะต้องเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเองร่วมกับการปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมอาการของโรคและลดภาวะแทรกซ้อน ได้มีการนำเสนอแนวทางในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 1997: s61) ว่าควรจะให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มากที่สุด

จากแนวคิดของเพนเดอร์ซึ่งกล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้นั้น เกิดจากปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ โดยเพนเดอร์ได้จัดปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง จากในหลาย ๆ ปัจจัยย่อยที่มีความสำคัญมากในการจูงใจที่จะทำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996: 68-69) ซึ่งตรงกับแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker) ในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่า การกระทำของบุคคลนั้น จะขึ้นอยู่กับความเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและผลที่ได้จากการกระทำของตน บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตนที่เรียกว่าการรับรู้ประโยชน์ ซึ่งถ้าบุคคลเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง (Becker, 1974: 21-22)

จากการสำรวจจำนวนประชากรผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรีทั้งหมดใน พ.ศ.2550 จนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 มีจำนวนมากถึง 2,211 คน และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรายใหม่ในปีนี้นับตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2549 – กรกฎาคม 2550 มีจำนวน 310 คน รายเก่าที่มารับบริการในปีนี้มีจำนวน 82 คน รวมทั้งปีมีจำนวน 392 คน (สถิติเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน, 2550: 1) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานพบว่าโรคอ้วนและการขาดการออกกำลังกายก็เป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นมากเช่นเดียวกัน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2547: 3) โดยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย (Body mass index) การมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำนายการเกิดโรคเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2547: 16) ซึ่งเป็นผลมาจากการควบคุมอาหารยังไม่ดีพอ ผู้ป่วยยังขาดความรู้หรือการรับรู้ในสิ่งที่ถูกต้องหรือรับรู้แต่ขาดแรงจูงใจ และจากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องสำคัญๆ อย่างเช่น การใช้ยา การออกกำลังกาย การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการควบคุมอาหาร เป็นต้น (รัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ, 2530: 183-189)

โภชนาการมีความสำคัญต่อโรคเบาหวานมาก ภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานได้ ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี มีส่วนทำให้เกิดโรคเบาหวานได้เร็วขึ้นและทำให้อาการของโรคเบาหวานรุนแรงขึ้น มีข้อมูลมากมายที่แสดงให้เห็นว่าโภชนาการมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานมาก นายแพทย์ Yudkin ได้เปรียบเทียบนิสัยการบริโภคของชนชาติต่าง ๆ 41 ประเทศพบว่าชนชาติที่มีการกินน้ำตาลและไขมันมาก มีสถิติของโรคเบาหวานสูงกว่าชนชาติที่กินอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานต่ำ เช่น ข้าว และแป้ง West และ Kalbfleisch (Bennion, 1976: 338 citing West and Kalbfleisch, 1976) ได้ศึกษานิสัยการบริโภคของชนชาติต่าง ๆ ในอัฟริกากลางและอัฟริกาใต้ 11 ประเทศ รายงานว่า โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับอาหารที่รับประทานและการศึกษาในระยะหลัง ๆ ได้สนับสนุนข้อมูลนี้ โดยแสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานมีสถิติสูงขึ้นในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภค เช่น ญี่ปุ่น อิสราเอลและอัฟริกา ดังนั้นส่วนประกอบของอาหารจึงอาจมีความสำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน (วลัย อนิทธิมพรรย์, 2528: 93) ซึ่งสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามหรือรุนแรงขึ้นได้ ในการรักษาโรคเบาหวานจะทำได้โดยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารเป็นการรักษาโรคเบาหวานที่มีความสำคัญมากเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา แพทย์มักใช้วิธีการควบคุมอาหารสำหรับการรักษาโรคเบาหวานเป็นอันดับแรก หากการรักษาไม่ได้ผลจะทำการพิจารณาหาวิธีการอื่นต่อไป การควบคุมอาหารต้องทำอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการ

รับประทานยาหรือการฉีดอินซูลินแล้วก็ตาม การควบคุมอาหารจะมีส่วนช่วยในการลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น ไตวาย ตาบอด แผลเรื้อรัง จนถึงขั้นต้องสูญเสียอวัยวะ จนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดกาญจนบุรี ได้เห็นความสำคัญในการที่จะป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นนี้ จึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจมีผลจากปัจจัยหลายประการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้อุปสรรคการกระทำตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (Perceived benefits of action) เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแล้วโอกาสที่จะเกิดการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการย่อมมีสูง จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 61 (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002: 69) กล่าวคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมออกมาอย่างเป็นรูปธรรมจะสามารถป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ทำให้บุคคลร่วมมือในการรักษาโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง จากการศึกษาของวรินทร ดำรงรัตน์นวงส์ (2548: 66) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาการหืดหอบจำนวน 90 คน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.540$, $p\text{-value} < 0.01$)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (Perceived barriers to action) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเป็นจริงหรือเป็น

สิ่งที่คาดเดาไว้ อุปสรรคเป็นสิ่งที่ไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมหรือจงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ถ้าบุคคลไม่พร้อมในการกระทำและพบว่าตนเองมีอุปสรรคสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอาจไม่เกิดขึ้น ในทางกลับกันถ้ามีอุปสรรคน้อยมีความพร้อมในการกระทำสูงทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา อุปสรรคที่กล่าวนี้ได้แก่ ความไม่สะดวกในการกระทำ ความยุ่งยาก เสียเวลา จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 79 (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002: 69) และจากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของจิตรา จันชนะกิจ (2541: 91) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้นั้น ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค

สถานภาพสมรส คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่คอยให้กำลังใจ สนใจ เอาใจใส่ ปลอดภัย เป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีความสนใจสุขภาพมากขึ้น และกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (สุวรรณธ์ ภูรัตน์, 2539: 60)

ระดับการศึกษา การศึกษาจะทำให้เกิดสติปัญญา สามารถเข้าใจข้อมูลและข่าวสารต่างๆ ได้ดี จึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้มาก (Orem, 1985: 120,175) ผู้ที่มีการศึกษาสูงทำให้มีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและทำให้มีรายได้สูงสามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ และเลือกแหล่งบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Pender, 1982: 161-163) และสามารถกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539: 147)

รายได้ รายได้จะเป็นตัวแสดงถึงสภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ที่มีเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง (Pender, 1982: 163) ผู้มีรายได้ดีจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539: 147)

ระยะเวลาที่เป็นโรค การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน จะทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ยากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง (อรุณี รัตนพิทักษ์, 2540: 80 ; จิรนุช สมโชค, 2540:76) ระยะเวลาป่วยในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนานกว่า 7 ปี มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น เกิดการเสื่อมของประสาทที่ตา (Retinopathy) ที่ไต (Neuropathy) (American Diabetes Association, 1996: s62) จากการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541: 80) พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 24.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.01 แต่การศึกษาของวิทธีพร บัวอำไพ (2548: 49) พบว่าระยะเวลาที่ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยที่ประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender, Murduagh, & Parsons, 2002: 60) ซึ่งอธิบายแนวคิดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจและปฏิบัติให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ดี ถูกต้องและต่อเนื่องนั้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และเพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceives benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity related affect) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation influences) ซึ่งตัวแปรเหล่านี้มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการทำให้พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมได้และเป็นข้อมูลในการหาทางสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคต ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อสามารถบรรเทาบทบาทของพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญด้านหนึ่งของพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลมะเร็งมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของตนเองอย่างไร

2. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็งหรือไม่ อย่างไร

3. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์

และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็งได้หรือไม่



แผนภูมิที่ 1 : กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. ศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

1. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็น โรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็น โรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับการรักษาตัวที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็งในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2551 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการให้บุคลากรในทีมสุขภาพ ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างชัดเจน เพื่อนำไปวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. เป็นข้อมูลในการหาทางสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการอย่างต่อเนื่องไป

3. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาวางแผน ให้คำแนะนำ ให้สุศึกษาที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน

4. เป็นแนวทางในการวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

นิยามตัวแปร

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ หมายถึง รูปแบบและลักษณะนิสัยในการเลือกและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เหมาะสมกับโรค และความต้องการของร่างกายประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการซึ่งคัดแปลงจาก สุขุมาล แสนพวง (2548: 48) จำนวน 17 ข้อ

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตามการสมรสได้แก่ คู่และ โสด / หม้าย / หย่า / แยก

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาแบ่งเป็นไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรีของผู้ป่วยเบาหวาน

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินเป็นบาทที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับเฉลี่ยในแต่ละเดือน

ระยะเวลาที่เป็นโรค หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา คิดเป็นจำนวนเต็มเป็นเดือน ถ้าเกิน 14 วันคิดเป็น 1 เดือน

การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ว่าการกระทำหรือพฤติกรรมที่ตนปฏิบัติ นั้น มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง และยังมีแนวโน้มว่าจะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย แบ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์ภายใน คือ การที่ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ว่ามีเมื่อกระทำแล้ว จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น และการรับรู้ประโยชน์ภายนอก คือ การที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับรางวัล คำชมเชย หรือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม หลังจากกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ด้านโภชนาการซึ่งคัดแปลงจาก สุขุมาล แสนพวง (2548: 46) จำนวน 14 ข้อ

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การรับรู้ การเข้าใจ ความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการบริโภคอาหาร การเลือกซื้ออาหาร ความยุ่งยากในการปรุงอาหาร ข้อจำกัดของเวลา สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ และขาดแรงจูงใจทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการซึ่งคัดแปลงจาก สุขุมาล แสนพวง (2548: 47) จำนวน 12 ข้อ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคเบาหวาน
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง โรคซึ่งร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ โดยมีสาเหตุจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรืออินซูลินทำงานไม่เต็มที่ ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้หมด มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และร่างกายขับน้ำตาลส่วนที่เกินมาทางปัสสาวะ (เขวเรศ สมทรัพย์, 2543: 1; Josling, 2001)

โรคเบาหวานเกิดขึ้นจากการที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีน เนื่องมาจากความไม่สมดุลของการใช้กับการสร้างอินซูลินในร่างกาย อินซูลินจะมีหน้าที่ควบคุมอัตราการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีน การพร่องอินซูลิน พบสาเหตุใหญ่ๆ อย่างน้อย 4 ปัจจัย ได้แก่ กรรมพันธุ์ ภาวะการเผาผลาญ ภาวะการติดเชื้อ และปัจจัยทางภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือสร้างอินซูลินไม่ได้ เป็นโรคอ้วน หรือมีภาวะเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจอื่นๆ ซึ่งผลจากการสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ หรือการทำหน้าที่ไม่ได้เต็มที่ จะทำให้กลูโคสในกระแสเลือดผ่านเข้าสู่เซลล์ได้ช้า ในขณะที่เดียวกันจะมีการสร้างกลูโคสจากไกลโคเจนที่ตับ และมีการดูดซึมเพิ่มจากอาหารที่รับประทานเข้าไป จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

(Hyperglycemia) ระดับกลูโคสที่สูงขึ้นถ้าเกินกว่าที่ความสามารถของไตจะดูดซึมกลับก็จะถูกขับออกพร้อมกับน้ำมากับปัสสาวะจึงตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ น้ำตาลที่เข้มข้นสูงจะพาเอาน้ำออกมาเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อย พร้อมกับสูญเสียน้ำและเกลือแร่ โดยเฉพาะโซเดียมร่างกายจึงขาดทั้งอาหาร น้ำและเกลือแร่ จึงมีอาการหิวบ่อย กินจุ กระหายน้ำ คิมน้ำบ่อย และน้ำหนักลด ผอมลง บางรายอ่อนเพลีย อาการมากน้อยแล้วแต่การสูญเสียน้ำตาล น้ำ และเกลือแร่ไปเป็นแบบเรื้อรัง นั่นคือลักษณะของโรคเบาหวาน

แม้ว่าสาเหตุของการเป็นเบาหวานจะแตกต่างกันดังกล่าว เมื่อพิจารณาถึงชนิดของเบาหวานที่พบได้ในปัจจุบันสามารถแบ่งเป็น 2 ชนิดดังนี้ (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541; International Diabetes Federation [IDF], 2000 cited in Josling, 2001; พรทิพย์ ชุ่นอื้อ, 2547: 6)

1. เบาหวานประเภทที่ 1 (Type 1 diabetes) หรือชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes, IDDM) มักพบในคนอายุน้อย เกิดภาวะเป็นคีโตนได้ง่ายลักษณะจะไม่มีอินซูลินหรือน้อย ผู้ป่วยจะต้องได้รับอินซูลินฉีดเข้าไปทดแทน (วัลลา ตันตโยทัย, 2540)

2. เบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 diabetes) เป็นชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes, NIDDM) มักพบในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี พบในเพศหญิงบ่อยกว่าเพศชาย ปริมาณอินซูลินในกระแสเลือดของผู้ป่วยอาจปกติและน้อย หรือสูงกว่าปกติก็ได้ และมีน้ำหนักเกิน มีอาการรุนแรงน้อยกว่าชนิดแรก ไม่ค่อยพบภาวะเป็นกรดจากคีโตน ส่วนมากมักมีประวัติคนในครอบครัว โดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานชนิดนี้

กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 242) อธิบายไว้ว่า พบความผิดปกติในตับอ่อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และผู้ที่อ้วนมากเกินไป มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้ง่าย มีความผิดปกติเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของอินซูลินในระดับเนื้อเยื่อ โดยพบว่าความไวต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อลดลงเนื่องจากมีจำนวน Insulin receptors ที่เยื่อหุ้มเซลล์อยู่น้อยกว่าปกติ และบางคนมีการตอบสนองต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อน้อยกว่าปกติด้วย ความผิดปกติทั้ง 2 อย่างนี้ ทำให้เกิดภาวะคือต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ซึ่งจะตรวจพบว่ามีระดับอินซูลินอยู่ในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ความผิดปกติดังกล่าวเป็นภาวะต่อเนื่องกัน กล่าวคือ ในบุคคลที่มีภาวะคือต่ออินซูลินเพียงเล็กน้อย จะมีจำนวน Insulin receptors น้อยลงเท่านั้น แต่ถ้าภาวะคือต่ออินซูลินรุนแรงขึ้น ก็จะพบว่ามีการตอบสนองต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อลดลงร่วมด้วย การที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีอินซูลินอยู่ในกระแสเลือดสูง

อาจอธิบายได้จากการที่อินสุลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดีทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดับอ่อนจึงพยายามหลั่งอินสุลินออกมามากขึ้น เพื่อเอาชนะภาวะดื้อต่ออินสุลินนี้

จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของตับอ่อนและความผิดปกติในระดับเนื้อเยื่อที่ตรวจพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้ขาดปริมาณอินสุลินอย่างแท้จริง ดับอ่อนยังสามารถสร้างอินสุลินได้เพียงพอ แต่หลังอินสุลินออกมาช้ากว่าปกติและยังมีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้อินสุลินของเนื้อเยื่อด้วย ผู้ป่วยจึงมักไม่เกิดภาวะที่กรดคั่งในกระแสเลือด นอกจากจะเผชิญกับภาวะเครียดที่รุนแรงอย่างมาก สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าคนที่อ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนี้ได้บ่อยและกรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอย่างมาก (พรทิพย์ ชุ่นอื้อ, 2547: 6-7) เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมาอีกหลายด้าน

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานแบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (พงศอมร บุณนาค, 2542; พรทิพย์ ชุ่นอื้อ, 2547: 6) ดังนี้

1.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบบ่อย คือภาวะกรดคีโตนในกระแสเลือดสูง (Diabetes ketoacidosis) ภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคีโตนคั่งในกระแสเลือด และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งมักเกิดก่อนมื้ออาหาร หรือในช่วงอินสุลินออกฤทธิ์สูง

1.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรค โดยมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปและเกิดกับอวัยวะสำคัญของร่างกายได้แก่ หลอดเลือด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ตา ไต

2. ด้านจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานย่อมมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยเสมอ ซึ่งเกิดจากภาวะการเจ็บป่วย ความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ จะมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวลเพิ่มขึ้น มีสภาพปัญหาด้านจิตใจ เช่น กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวโรคและอาการหนัก กลัวไม่หาย รู้สึกไม่มั่นใจ กลัวความไม่แน่นอนในชีวิต ต้องปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ละเอียด แจ่มจันทร์, 2549: 5) โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องอาศัยการควบคุมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเองตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย เกิดความท้อถอย ซึ่งภาวะความเครียดทางด้านจิตใจจะมีอิทธิพลต่อความคิด ทักษะคิด การรับรู้ สติปัญญา แรงคลใจ การตัดสินใจและการตอบสนองด้านพฤติกรรมอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักแสดงออกโดยมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงมากขึ้น ภาวะดังกล่าวเกิดจากฮอร์โมนของความเครียดที่มีผลต่ออินสุลิน ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี

(สมภพ เรื่องตระกูล, 2544: 29) ผลจากการควบคุมน้ำตาลไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ง่าย และรุนแรงสุขภาพเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ

3. ด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ บุคคลซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องดูแล เกิดบรรยากาศเครียดในครอบครัว บทบาททางสังคมถูกจำกัด (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, เพลินตา ศิริปการ, และอำพน นวลโลกสูง, 2544; พรทิพย์ ชุ่นอื้อ, 2547: 7-8) พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานจะรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้างเมื่อทราบว่าตนเป็นเบาหวาน (Griffiths, 2002) นอกจากนี้มีผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพสูงมากถึง 4.5 เท่า กรณีมีภาวะทางจิตใจร่วมด้วยซึ่งสูงกว่าบุคคลที่เป็นเบาหวานแต่ไม่มีภาวะอื่นร่วมด้วย (Egede, Zheng & Simpson, 2002; พรทิพย์ ชุ่นอื้อ, 2547: 7-8)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ โดยมีสาเหตุจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรืออินซูลินทำงานไม่เต็มที่ การรักษาเป็นเพียงเพื่อทุเลาหรือบรรเทาอาการของโรค ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรค ทั้งทางด้าน การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายและรุนแรง ซึ่งผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานนอกจากจะต้องมีความทุกข์จากภาวะของโรคเบาหวานแล้ว ยังมักจะมี ความทุกข์ทรมานมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (วรรณ ศรีชัยรัตน์, 2542: 16-18) เป็นผลให้เกิดความพิการและเป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม โรคเบาหวานจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีภาวะเครียดที่ต้องเผชิญกับ ภาวะการเจ็บป่วย และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ง่าย ปัญหาความเครียดทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ ซึมเศร้า กลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือเป็นอันตรายร้ายแรง แต่จะสร้างความทุกข์ทรมานและเป็นอันตรายมากเมื่อมีโรคแทรกซ้อน ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับอวัยวะแทบทุกระบบส่วนใหญ่จำแนกโรคแทรกซ้อนออกเป็น 2 ประเภท ด้วยกัน คือ (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 16)

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่

1.1 ภาวะติดเชื้อ (Infection) เนื่องจากการที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีผลทำให้ระบบต่อต้านเชื้อโรคทำงานได้น้อยลง

1.2 โรคปวดข้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรูปร่างอ้วน จะมีผลต่อการสึกหรอของกระดูกได้ง่าย

1.3 วันโรค เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยวันโรคร้อยละ 4 เป็นโรคเบาหวานด้วย

1.4 ภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวจากน้ำตาลในเลือดสูง แต่ไม่พบสารคีโตนในเลือด (Hyperosmolar hyperglycemic state) เป็นภาวะที่ร่างกายสามารถหลังอินซูลินได้เพียงพอต่อการนำไปใช้ จึงมีผลป้องกันการเกิดภาวะแตกสลายของไตรกลีเซอไรด์ (Lipolysis) ซึ่งทำให้เกิด Ketogenesis ได้ (American Diabetes Association, 2004b) แต่การหลังอินซูลินไม่เพียงพอที่จะป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (American Diabetes Association, 2001) ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 600 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยมีมีอาการปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำมากเป็นเวลาต่อเนื่องหลายวัน หรือหลายสัปดาห์ มีอาการซึมตามมาและหมดสติ (American Diabetes Association, 2004b) อาจพบอาการเกร็งร่วมด้วย (Umpierrez, Kelly, Navarrete, Casals, & Kitabchi, 1997 อ้างใน ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 8-9)

1.5 ภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและสารคีโตนคั่งในกระแสเลือด (Diabetic ketoacidosis) เป็นภาวะซึ่งประกอบไปด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) (American Diabetes Association, 2004b) ร่วมกับภาวะกรดในร่างกาย เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของกรดคีโตนทำให้คีโตนคั่งในกระแสเลือด (Ketonemia) เกิดภาวะ acidosis ร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ไปทางไต เนื่องจากมี Osmotic diuresis อันเป็นผลมาจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีคีโตนคั่งในกระแสเลือด (American Diabetes Association, 2001) ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงดังนี้ อาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักตัวลดแม้จะรับประทานอาหารมาก อ่อนเพลีย ตามืด เมื่อเกิด Ketosis จะมีอาการคลื่นไส้และอาเจียน เมื่อรุนแรงถึงขั้นเป็น Ketoacidosis จะมีอาการหอบ หายใจลึก (Kussmaul respiration) และลมหายใจมีกลิ่นอะซิโตน (Krentz & Nattrass, 1997 อ้างใน ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 8)

1.6 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ คือ ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร สาเหตุที่เกิด อาจเกิดจากการรับประทานยามากกว่าที่ควรจะได้รับหรือรับประทานอาหารน้อยลงหรือการใช้แรงงานที่มากกว่าปกติ อาการที่เกิดขึ้นสามารถพบได้ว่าผู้ป่วยมีอาการหิวบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง ไม่รู้สึกรู้ตัวจนหมดสติ

2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและเกิดขึ้นกับอวัยวะในร่างกาย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเกิดโรค (ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 9)

2.1 อันตรายต่อหัวใจ รวมทั้งหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดหัวใจวายได้ ซึ่งพบได้เป็น 2 เท่าของคนปกติ นอกจากนี้การตีบตันของเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี จากกระบวนการเกาะตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือด (Arteriosclerosis) หัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้ป่วยเกิดการเจ็บบริเวณหน้าอก (Angina pectoris) ได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดและการละลายลิ่มเลือด ทำให้มีโอกาสเกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันง่ายขึ้น (พงศ้อมร บุณนาค, 2546: ข, ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 9)

2.2 อันตรายต่อไต (Diabetes nephropathy) จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่ไต ทำให้ขับสารโปรตีนออกมาในปัสสาวะ จึงพบสารโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และเกิดการคั่งของสารไนโตรเจนในเลือด (Blood urea nitrogen) และครีเอตินีน (Creatinine) ทำให้เกิดภาวะไตวายในที่สุด และพบมากกว่าคนปกติประมาณ 17 เท่า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีการเสื่อมของหน่วยไตร้อยละ 20-40 (American Diabetes Association, 1997b, ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 9)

2.3 อันตรายต่อตา (Diabetes retinopathy) จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดจะทำให้เกิดการทำลายจอรับภาพ และการเสื่อมของเลนส์ตาเร็วขึ้น จนเกิดความรุนแรงถึงตาบอดได้มากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า (American Diabetes Association, 1997a) สาเหตุของความผิดปกติเกิดจากการเสื่อมของจอตาเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อหลอดเลือดแดงเล็กๆที่จอตา ทำให้มีการหนาตัวของเนื้อเยื่อหลอดเลือดจึงเกิดการอุดตันของหลอดเลือดจอตา ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงตามปกติการเกิดจอตาเสื่อมจากโรคเบาหวานจะเป็น 2 ข้างเท่าๆ กัน (ภฤศ หาญอุตสาหะ, 2546; ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 9)

2.4 อันตรายต่อระบบประสาท (Diabetes neuropathy) ลักษณะที่พบบ่อยคือ การเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทส่วนปลาย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีภายในเส้นประสาทโดยมีความผิดปกติของชวอนเซลล์ (Schwann cell) และแอกซอน (Axon) และมีการหลุดลอกของปลอกหุ้มมายอีลิน (Myelin sheath) ทำให้สื่อนำความเร็วประสาทลดลง การรับความรู้สึกจึงเสียทำให้มีอาการชา (American Diabetes Association, 1999, ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 9) อันตรายต่อระบบประสาทแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ตามการทำงานของระบบประสาท คือ

2.4.1 ระบบประสาทที่รับความรู้สึก จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดพยาธิสภาพ โดยมีอาการชาตามอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายมือ ปลายเท้า ประกอบกับการที่เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ น้อยลง เมื่อเกิดบาดแผลขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรู้สึกว่าเป็นไม่

มาก ทำให้ขาดการเอาใจใส่เท่าที่ควร หรือดูแลไม่ถูกต้อง แผลลูกถามรวดเร็วและรุนแรง จนต้องตัดนิ้วหรือขาในที่สุด พบว่า มากกว่าคนปกติ 6-8 เท่า (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 17)

2.4.2 ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nerve) ทำให้การควบคุมอวัยวะส่วนนี้ บกพร่องไป ที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตลดลงขณะเปลี่ยนท่า การทำงานของลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ ทำให้ท้องอืด ท้องเดิน ซึ่งมักเป็นเวลากลางคืน การขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ปกติ สมรรถภาพทางเพศลดลง เป็นต้น

2.4.3 ระบบประสาทสั่งงาน (Motor nerve) พบได้น้อยมาก มักเป็นกับกล้ามเนื้อบริเวณมือและเท้า เกิดการฝ่อของกล้ามเนื้อ มีอาการมือเท้าตก (Foot drop) หรืออาการอ่อนแรงของแขนขาได้ (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 18)

จะเห็นได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่คิดเชื่อ แต่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ถึงแม้ว่าโรคเบาหวานจะไม่สามารถรักษาได้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้โดยการควบคุมอาหาร การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้

Christian University of Thailand

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน นอกจากจะอาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกายแล้ว ยังต้องอาศัยการตรวจสอบทางชีวเคมีร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลไปว่าควรจะใช้การทดสอบด้วยวิธีใดบ้าง จึงจะสมควรกับเหตุผลและการสูญเสียทางเศรษฐกิจน้อยที่สุด การวินิจฉัยโรคเบาหวานอาจจัดลำดับได้ดังนี้ คือ (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 18)

1. การตรวจปัสสาวะ เป็นวิธีการตรวจที่ไม่สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยตรง เพราะการเกิดน้ำตาลในปัสสาวะจะเกิดตามหลังภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และไม่สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดที่มีระดับต่ำได้ (วรรณิ นิธิยานันท์, 2548; ขวัญหทัย ไตรพิช, 2550: 7) สามารถตรวจได้หลายวิธี เช่น การใช้น้ำยาเบนเนดิกต์ การใช้เม็ดคลินิกเทสต์ การใช้เทสต์เทปคลินิสติก ไดโนสติก หรือไดอะเบอร์ 500 ซึ่งขั้นตอนการตรวจมีดังนี้ จุ่มเทสต์เทปลงในปัสสาวะ 2 วินาที แล้วอ่านผลภายหลังจากจุ่มปัสสาวะแล้ว 30 วินาที เทียบสีของเทสต์เทปที่เปลี่ยนไปจากสีที่หน้ากล่อง จะแสดงปริมาณน้ำตาลที่มีอยู่ในปัสสาวะ การเก็บเทสต์เทปควรเก็บไว้ในที่มิดชิด แห้ง และปิดจุกขวดให้แน่น ไม่ควรเก็บขวดใส่เทสต์เทปไว้ในตู้เย็น เพราะจะไม่แสดงผล (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 18)

2. การตรวจเลือด มีหลายวิธีด้วยกัน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีตรวจวัดระดับน้ำตาล ในขณะที่อดอาหาร ซึ่งในการตรวจ ผู้ป่วยต้องอดอาหารและน้ำอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เจาะเลือดบริเวณข้อพับแขนประมาณ 2 มิลลิลิตร เปรียบเทียบผลที่ได้กับค่าปกติ ซึ่งมีเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวานดังนี้ (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 18)

2.1 ค่าระดับน้ำตาลในพลาสมามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (พิมลรัตน์ อินแสน, 2551: 14)

2.2 การตรวจความทนต่อกลูโคส มีระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 ในการตรวจความทนต่อกลูโคส มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (พิมลรัตน์ อินแสน, 2551: 14)

แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานมีวิธีการรักษา 3 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมา ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร เป็นหัวใจของการควบคุมโรคเบาหวาน หลักในการควบคุมอาหารมีดังนี้

1.1 ให้มีจำนวนและสัดส่วนที่พอเหมาะแก่ความต้องการของร่างกาย อาหารที่บริโภคประจำวันควรพอเพียงสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน สารอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับคือประมาณร้อยละ 60-70 ของพลังงานจากอาหาร (American Diabetes Association, 2004a) และเพิ่มอาหารโปรตีนให้มากขึ้นเพื่อชดเชย ส่วนไขมันควรเพิ่มเพียงเล็กน้อย และควรเป็นไขมันพืช (ยกเว้นน้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าว) เพื่อให้ได้กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ซึ่งจะช่วยลดโคเลสเตอรอลในเลือด ควรรับประทานผักมาก ๆ เพื่อช่วยไม่ให้หิวบ่อย และได้วิตามินและเกลือแร่ และควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลา (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 19) ในการรับประทานอาหาร ปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวันจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ น้ำหนัก และกิจกรรมของแต่ละบุคคล (เทพ หิมะทองคำ, 2550: 141)

1.2 ควบคุมน้ำหนักของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาหารจำพวกน้ำตาลชนิดต่างๆ เป็นคาร์โบไฮเดรตประเภทไม่มีใยอาหาร แต่ข้าวจะค่อย ๆ ถูกย่อยและดูดซึมเป็นน้ำตาลในกระแสเลือดช้ากว่าการรับประทานน้ำตาล จึงไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากทันทีจนเกินขีดกักกันของไต ทำให้น้ำตาลล้นออกมาในปัสสาวะ (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 19)

ผู้ที่ เป็นเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจเป็นอันตรายได้ ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2541; ขวัญหทัย ไตรพิช, 2550: 10) อาหารดังกล่าวได้แก่

1.2.1 ของหวานจัดทุกชนิด เช่น น้ำตาล น้ำหวาน น้ำเชื่อม น้ำผึ้ง

1.2.2 ขนมหวานจัดทุกชนิด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ก๋วย
เชื่อม ลูกตาลเชื่อมและขนมเค้ก

1.2.3 ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะขามหวาน ก๋วย น้อยหน้า ขนุน
องุ่น ลูกเกด และโดยเฉพาะผลไม้กระป๋อง เช่น เงาะ ลำไย ลิ้นจี่

สำหรับอาหารต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ไม่ได้ห้ามโดยเด็ดขาด รับประทานบ้างเป็นครั้ง
คราวได้ แต่ไม่มากเกินไป และเมื่อรับประทานแล้วควรลดข้าวลง ถ้าอยากรับประทานของหวาน
ควรใช้น้ำตาลเทียม โดยสารพวกนี้จะไม่ถูกเผาผลาญในร่างกายและไม่ให้พลังงาน แต่อย่าใช้มาก
จนเกินไป (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 19-20)

2. การรักษาด้วยยาฉีด แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงชนิดและขนาดของอินซูลินที่ใช้กับ
ผู้ป่วย ชนิดของยาฉีดอินซูลินจำแนกตามการออกฤทธิ์ของยาได้เป็น 4 ชนิดคือ

2.1 ชนิดการออกฤทธิ์เร็ว (Rapid-acting insulin) เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะออกฤทธิ์
ในเวลา 15-30 นาที ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 30-90 นาทีหลังฉีด และมีฤทธิ์นานประมาณ 3-4 ชั่วโมง เช่น
Lispro (ฟงศ์อมร บุนนาค, 2546: ก; ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 13)

2.2 ชนิดการออกฤทธิ์สั้น (Short-acting insulin) เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะออกฤทธิ์
ในเวลา 1-2 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 2-4 ชั่วโมงหลังฉีด และมีฤทธิ์นานประมาณ 5-7 ชั่วโมง ใช้
ฉีดก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลหลังอาหาร และใช้ฉีดเมื่อต้องการลดระดับ
น้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็วในกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก หรือมีภาวะกรดคั่งจากสารคีโตน
เช่น Regular Insulin, Actrapid, Humulin R เป็นต้น (ทวี อนันตกุลธิ, 2541; ขวัญหทัย ไตรพีช,
2550: 13)

2.3 ชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate – acting insulin) เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนัง
จะออกฤทธิ์ในเวลา 2-4 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 6-12 ชั่วโมงหลังฉีด และมีฤทธิ์นานประมาณ 18-
24 ชั่วโมง อินซูลินชนิดนี้มีลักษณะเป็นน้ำขุ่น ใช้เป็นอินซูลินหลักในการรักษาโรคเบาหวาน เช่น
NPH, Lentard, Monotard, Protaphane, Humulin N เป็นต้น (ทวี อนันตกุลธิ, 2541; ขวัญหทัย
ไตรพีช, 2550: 13)

2.4 ชนิดออกฤทธิ์นาน (Long-acting insulin) ภายหลังจากฉีดเข้าใต้ผิวหนังใช้
เวลานานประมาณ 8-14 ชั่วโมงกว่าจะเริ่มออกฤทธิ์ และมีฤทธิ์นานประมาณ 36 ชั่วโมง อินซูลินจะ
มีลักษณะเป็นน้ำขุ่นขาว ใช้สำหรับฉีดเพื่อให้ระดับอินซูลินในเลือดสูงขึ้นน้อยๆอยู่ตลอดทั้งวัน
และต้องใช้ร่วมกับอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้นเสมอ เช่น Lantus (ทวี อนันตกุลธิ, 2541; ขวัญหทัย
ไตรพีช, 2550: 13)

3. การรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ยาเม็ดรับประทานที่ใช้รักษาโรคเบาหวานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันแบ่งออกได้ 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

3.1 กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ยานี้ออกฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมา ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่เริ่มเป็นเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี ร่างกายต้องการอินซูลินน้อยกว่า 40 ยูนิตต่อวัน ยานี้ลดการหลังกลูคากอน ลดการสร้างน้ำตาลที่ตับ และเพิ่มปริมาณตัวรับอินซูลินที่ผนังเซลล์ด้วย (Skillman , 1981 : 36; Shuman , 1980: 79 อ้างในสุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 20) กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรรับประทานยาแอสไพรินมาก เพราะจะทำให้ภาวะน้ำตาลในเลือดลดลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการป่วยเกิดขึ้นต้องปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะมีการเพิ่มหรือลดยา เพราะการเจ็บป่วยทำให้ต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ ทอลบูตาไมด์ (Talbutamide) หรือ ราสติน็อพ (Rastinop) (อาร์โตซิน) (Artozine) คลอโปรปาไมด์ (Clopamide) เบาตาเฮกซาไมด์ (Boltahexamide) แอเซโตเฮกซาไมด์ (Asatohexamide) (ไดมีลอร์) (Dymelor) ผลข้างเคียงของยาอาจมีอาการแน่นท้อง อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นผื่นคันตามผิวหนัง พิษของยาบางส่วนเกิดขึ้นที่ตับ ทำให้ตับเสื่อมหน้าที่ เกิดดีซ่าน และทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งครรภ์ที่ได้รับยากลุ่มนี้ ทารกที่คลอดออกมาอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เนื่องจากยากลุ่มนี้สามารถผ่านมดลูกไปยังทารกในครรภ์ได้ดี ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยจึงควรหลีกเลี่ยงการให้ซัลโฟนิลยูเรียในผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งครรภ์ (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 20)

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานควบคู่กับการควบคุมอาหาร ยาที่แพทย์ใช้รักษา มี 2 ชนิด คือ

1. คลอโปรปาไมด์ (Clopamide) มีชื่อทางการค้าว่า ไดอะมินิส (Dyamenis) ปริมาณมิลลิกรัมขนาดเม็ดยามี 2 ขนาด ได้แก่ 100 และ 250 มิลลิกรัม ขนาดที่ให้ผู้ป่วย 125-500 มิลลิกรัมต่อวัน วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลาออกฤทธิ์ 20-60 ชั่วโมง

2. กลัยเบนคลาไมด์ (Gybencamide) มีชื่อทางการค้าว่า ดาโอนิล ยูคลุกกอน (Daonyl yuglugone) ปริมาณมิลลิกรัมของเม็ดยามีขนาดเดียว ได้แก่ 5 มิลลิกรัม ขนาดที่ให้ผู้ป่วย 2.5-20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลาออกฤทธิ์ 10-14 ชั่วโมง

3.2 ยากลุ่มเฟนเอธิล ไบกัวไนด์ (Phenathel biguonide) ยากลุ่มนี้ใช้ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุน้อย ซึ่งการรักษาด้วยยาซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ไม่ได้ผล ยานี้ช่วยลดน้ำหนัก ทำให้ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดลดลงด้วย ออกฤทธิ์โดยเพิ่มการใช้น้ำตาลในกระบวนการแอนแอโรบิก กลัยโคลัยซิส ลดการดูดซึมของน้ำตาลจากทางเดินอาหาร และยับยั้งการสร้างน้ำตาลที่ตับด้วย ผลข้างเคียงของพิษยา มักมีอาการทางระบบทางเดิน

อาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงชนิดและขนาดยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับ การเพิ่มและลดขนาดของยาต้องสัมพันธ์กับภาวะของโรค ถึงแม้การใช้ยาจะอยู่ในความดูแลของแพทย์ แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่รับประทาน การออกฤทธิ์ของยาจะต้องสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร หรือการใช้พลังงานของร่างกาย ถ้าไม่ได้สัดส่วนกัน จะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจทำให้หมดสติได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เฟนฟอร์มิน (Phenformine) เมทฟอร์มิน (Metformine) (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 20-21)

3.3 กลุ่มยาซัลฟาไพริมิดีน (Sulfapyrimidine) สังเคราะห์ขึ้นในปี พ.ศ.2507 และมีผู้ลองนำมาใช้รักษาโรคเบาหวานในคน พบว่าได้ผลดี แต่ก็ไม่เหนือกว่าทอลบูตามิด์แต่อย่างใด นอกจากนี้ยังมียาอื่นอีกหลายตัว ซึ่งมีฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือดโดยกลไกซึ่งยังไม่ทราบแน่ชัด (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 21)

แม้ว่าการรักษาโรคเบาหวานจะสามารถกระทำได้โดยการใช้ยา ทั้งยาคิดและยารับประทานแต่ก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือช่วยให้ผู้ป่วยปราศจากภาวะแทรกซ้อนได้ หากผู้ป่วยไม่ควบคุมดูแลตนเองหรือควบคุมโรคเบาหวานไว้ได้

เมื่อร่างกายได้รับอาหาร โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน ซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงาน ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น อาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มได้มากได้แก่ แป้งและน้ำตาลต่าง ๆ รวมทั้งน้ำผึ้งและน้ำตาลจากผลไม้ด้วย ซึ่งมันจะถูกเปลี่ยนไปเป็นกลูโคสทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ทำให้เกิดการกระตุ้นให้เบต้าเซลล์หลังอินสุลินออกมาเพื่อควบคุมให้น้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ การหลังอินสุลินจะเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของปริมาณกลูโคสในเลือด

การควบคุมโรคเบาหวาน โดยการประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลาต่างกันมี 3 วิธีด้วยกัน คือ

1. การวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Fasting blood sugar) หลังจากอดอาหารข้ามคืนเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะมีระดับกลูโคสในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. (ค่าปกติไม่เกิน 110 มก./ดล.) (พิมลรัตน์ อินแสน, 2551 : 22)

2. การวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Glycosylated serum protein or fructosamine) ค่าที่วัดได้จะบอกถึงการควบคุมโรคเบาหวานย้อนหลังไปประมาณ 3-4 สัปดาห์ ค่าปกติอยู่ระหว่าง 265-296 ไมโครกรัมต่อลิตร(สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 22)

3. การวัดระดับโปรตีนสังเคราะห์ในเม็ดเลือดแดง (Glycosylated hemoglobin or HbA_{1c}) ค่าที่วัดได้จะบอกถึงการควบคุมโรคเบาหวานย้อนหลังไปประมาณ 2-3 เดือน ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมระดับ HbA_{1c} ในเลือดให้ต่ำกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ ค่าปกติอยู่ระหว่าง 4-6 เปอร์เซ็นต์ (พิมลรัตน์ อินแสน, 2551 : 23)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินการควบคุมโรคเบาหวานโดยวิธีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) เนื่องจากเป็นบริการที่ให้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมะการักษ์ จะได้รับคำแนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่า จะต้องงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันที่จะมารับการตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดตามนัดทุกครั้ง โดยไม่มีการตรวจ HbA_{1c}

การรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน มีจุดประสงค์ที่จะให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติ มีสุขภาพแข็งแรง เนื่องจากโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมโรคไม่ให้อยู่ในระยะอันตรายและป้องกัน หรือยืดระยะเวลาในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ รวมทั้งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด และน้ำหนักตัวใกล้เคียงกับปกติให้มากที่สุด วิธีการที่ได้ผลและยอมรับกันในการแพทย์ คือ การควบคุมการรับประทานอาหาร คือ ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารประจำวันที่ถูกส่วนและมีแคลอรีจำกัดจำนวน โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำตาลและไขมันจากสัตว์ให้น้อยลง ก็จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ นอกจากนี้แล้ว การออกกำลังกายที่พอเหมาะและสม่ำเสมอ ก็จะทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ช่วยลดน้ำหนักและทำให้ร่างกายแข็งแรง ทั้งยังช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วย เพราะน้ำตาลจะถูกนำไปใช้เป็นพลังงานขณะออกกำลังกาย หากการควบคุมโรคโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายยังไม่ได้ผล ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาปรับประทุกันหรือยาฉีดร่วมด้วย ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงชนิดและขนาดของยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

การที่จะควบคุมโรคเบาหวานให้ได้นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้จักดูแลตนเองในหลายด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกาย และการจัดการกับความเครียด เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2547: 20) ได้ศึกษาทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและสรุปว่า แนวทางการรักษาโรคเบาหวานที่มีความสำคัญอันดับต้นๆ คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนต้องลดน้ำหนักลง ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จึงเป็นเรื่องสำคัญที่หากสามารถจัดการดูแลตนเองด้วยการปรับพฤติกรรมดังกล่าวให้เหมาะสมได้ จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลง

1. การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องปฏิบัติทุกราย ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดในการควบคุมอาหาร แม้ว่าได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาลหรืออินสุลินแล้วก็ตาม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ้วน พบว่าการควบคุมอาหารได้ ไม่เพียงแต่ลดน้ำหนักตัวลงมาเท่านั้น

ยังทำให้โรคเบาหวานทุเลาลงจนอาจไม่ต้องใช้ยาก็ได้ แต่ในรายที่ไม่ได้ควบคุมอาหารก็อาจจะทำให้โรคกำเริบขึ้นได้ (สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์, 2541: 24) การควบคุมอาหารเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด และการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องควบคุมอาหารก็เพื่อ

- 1.1 ให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติ
- 1.2 ควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น
- 1.3 ป้องกันอาการหมดสติ เนื่องจากภาวะเป็นกรดในเลือดสูงเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

- 1.4 ป้องกันอาการหมดสติ อันเนื่องมาจากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - 1.5 ลดอาการแทรกซ้อนอื่นๆที่เกิดจากโรคเบาหวาน
 - 1.6 ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์ตามที่ร่างกายต้องการ
 - 1.7 ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตและทำงานต่างๆได้เป็นปกติ
- การควบคุมอาหารเบาหวานที่ถูกต้องนั้น ต้องควบคุมพลังงานในอาหารผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแรงงานที่ผู้ป่วยใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ มิใช่จำกัด หรือควบคุมเฉพาะข้าวและน้ำตาลเท่านั้น ถ้ารับประทานเนื้อสัตว์และไขมันมาก ระดับน้ำตาลก็สูงได้เพราะอาหารทุกอย่างให้พลังงานเมื่อได้รับมากๆ พลังงานที่ได้รับจะมากกว่าที่ร่างกายต้องการ ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูง

ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรับประทานข้าวหรือแป้งอื่นๆ เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก ผลไม้ ในปริมาณที่กำหนด เพื่อให้ได้พลังงานเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และผู้ป่วยควรดื่มน้ำตาลและอาหารที่มีน้ำตาลทุกชนิด เพราะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเร็วขึ้น (พิมลรัตน์ อินแสน, 2551 : 15)

การควบคุมโรคเบาหวานนอกจากจะต้องดูแลตนเองด้วยการควบคุมอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสมควบคู่กันแล้ว การออกกำลังกายเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ใช้ร่วมกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2006; ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 13)

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายหรือการทำให้กล้ามเนื้อทำงาน เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน รองลงมาจากควบคุมอาหาร ทั้งนี้เพราะว่า การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้น้ำหนักตัวลดลง เนื่องจากการใช้พลังงานไปแล้ว ยังช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดความต้องการอินซูลินของร่างกาย ส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและช่วยเพิ่มการใช้กรดไขมันอิสระ ซึ่งจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดตีบแข็งได้ วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sport Medicine: ACSM) ได้ให้ข้อเสนอแนะพื้นฐานในการออกกำลังกาย

จะต้องมีองค์ประกอบของการออกกำลังกายตามหลักเกณฑ์ Frequency Intensity Time Type (FITT) ดังนี้

1. ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) หมายถึง จำนวนครั้งที่ออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ ในการออกกำลังกายที่ให้ผลในการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย และการออกกำลังกายเพื่อความทนทานของปอดและหัวใจควรออกกำลังกาย 3-5 วัน/สัปดาห์ และต้องทำอย่างสม่ำเสมอ (ขวัญหทัย ไตรพีช, 2550: 13-14; วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์, 2547; American College of Sport Medicine, 2006)

2. ความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity of exercise)

3. เวลาและความนานของการออกกำลังกาย (Time or duration of exercise)

4. ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of exercise)

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนเป็นโรคเบาหวาน คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน การวิ่ง ว่ายน้ำ การรำมวยจีน กระโดดเชือก ร่วมกับการควบคุมอาหารหรือการรักษาทางยา ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติได้ ผลของการออกกำลังกายทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง อาจมีฤทธิ์อยู่ได้หลายชั่วโมงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการออกกำลังกายและระยะเวลาซึ่งหมดฤทธิ์ภายในเวลา 24 ชั่วโมง (ฉกาจ ผ่องอักษร, 2548: 28) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องออกกำลังกายให้เหมาะสม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้น เน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมา เพนเดอร์ ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกัน สุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยง แต่การยกระดับสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงรูปแบบเป็นระยะซึ่งรูปแบบสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

ข้อตกลงของรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1. บุคคลแสวงหาภาวะการของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
6. วิชาชีพด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบเพื่ออธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมุ่งเป้าหมายที่การเพิ่มระดับของความผาสุก (Well-being) และการบรรลุความสำเร็จแห่งตน (Self-actualization) ของบุคคล รูปแบบนี้ได้พัฒนาขึ้นจากการนำโน้ตทัศน์ต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ สามารถทดสอบได้ และผลการวิจัยเกี่ยวกับมโนทัศน์เหล่านี้สามารถผสมผสานเข้าเป็นแบบแผนร่วมกันได้

เพนเดอร์ (Pender, 1987) มองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่เกิดอย่างต่อเนื่อง และต้องผสมผสานเข้าในแบบแผนของชีวิต รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเน้นความสำคัญของขบวนการทางสติปัญญาในการควบคุมพฤติกรรมโครงสร้างและมโนทัศน์ต่าง ๆ ของรูปแบบจะคล้ายคลึงกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาก ตัวกำหนดพฤติกรรมจะแบ่งออกเป็นปัจจัยทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และส่วนของการเข้าร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1. ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

1.1 บุคคลแสวงหาภาวะการของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน

1.2 บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเองรวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง

1.3 บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง

1.4 บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

1.5 บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

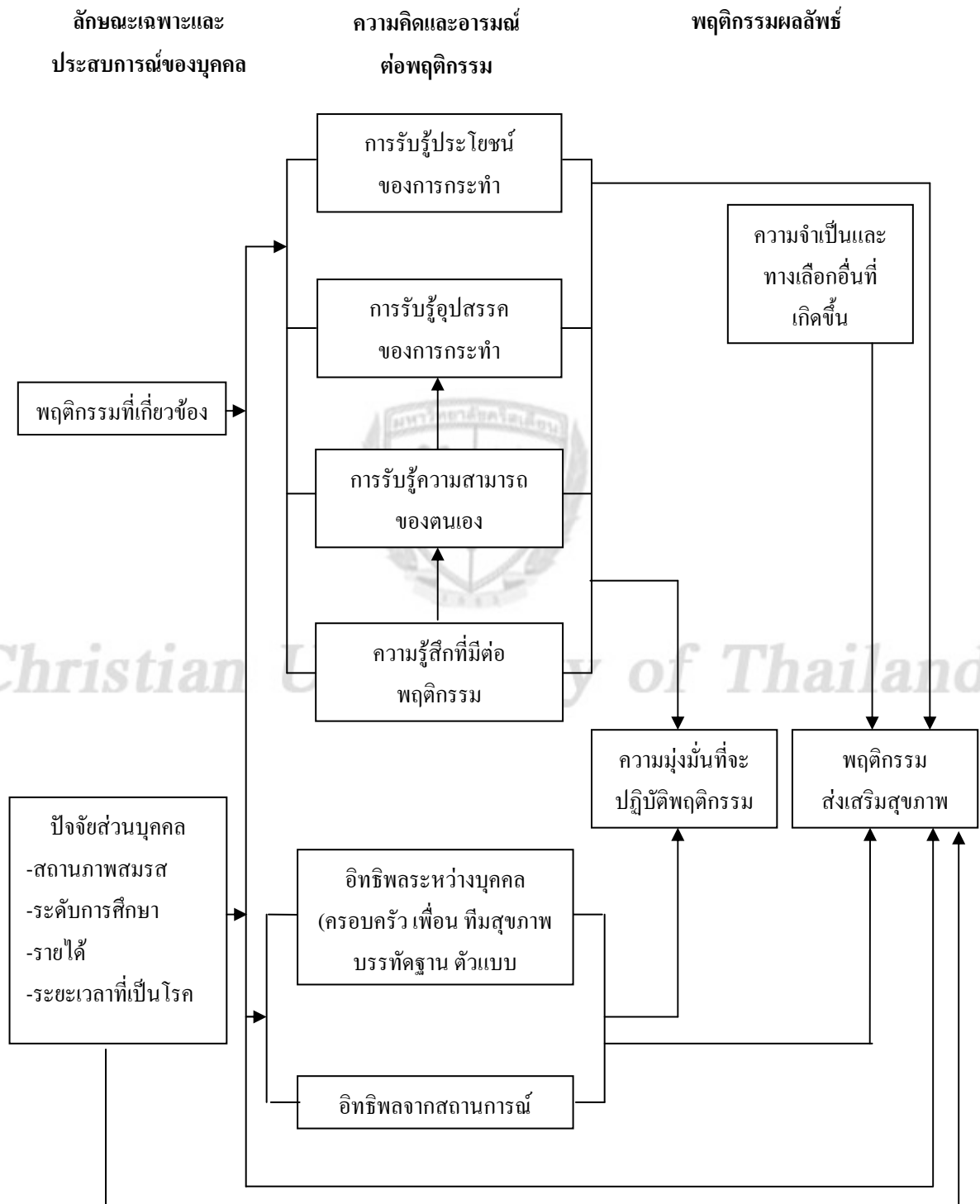
1.6 วิชาชีพด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

1.7 การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Christian University of Thailand

2. สาระของทฤษฎี

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006: 1-12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อันประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาแบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 นี้ (ภาพประกอบที่ 1) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ



แผนภูมิที่ 2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)

ที่มา (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006 : 50)

3. มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006: 51 - 57) ดังนี้

3.1 ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences)

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้เพนเดอร์ได้เสนอ มโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

3.1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)

จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้จะมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่าตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

3.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- 1.) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ คชนิมมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย
- 2.) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง
- 3.) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และ การคิดรู้อที่เฉพาะ กับพฤติกรรมและมีอิทธิพล โดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect)

เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่ง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับ ภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริม ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะ เป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความ ตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อยล้า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ใน ระยะเวลาแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิด แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ ชั่วคราวของประโยชน์ของการกระทำนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความ เชื่อในประโยชน์ของการกระทำหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่า อาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่ง การรับรู้อุปสรรคของการกระทำส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรค ภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่

สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคของการกระทำส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อการกระทำ (Activity-related affect)

ความรู้สึกที่มีต่อการกระทำ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อนระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรม (Activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติกิจกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเรารู้ว่านี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อการกระทำลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ใจในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences)

อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายรวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุนความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome)

การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions)

ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate competing demands and preferences)

ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพในทางบวกสามารถนำไปใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันประกอบด้วย 6 ด้าน (Pender, 1996: 134) คือ

3.3.1 ด้านความรับผิดชอบ (Health responsibility) เป็นการกระทำเกี่ยวกับการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกาย หรือความสนใจในเอาใจใส่สุขภาพตนเอง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมทั้งการแสวงหาความรู้จากแพทย์และพยาบาลในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร

3.3.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการกระทำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยลดน้ำหนัก ลดไขมัน ลดความดันโลหิต ป้องกันโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด และทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน ทำให้ผู้ป่วย

เบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาว ช่วยลดความเครียด ทำให้จิตใจสดชื่น เพื่อเพิ่มความมั่นใจแก่ตนเองควรได้รับการประเมินสภาพร่างกายก่อนออกกำลังกาย เพื่อจะได้วางแผนการออกกำลังกายตามความหนักเบา ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การออกกำลังกายที่ดีจะต้องเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติ มีความหนักเพียงพอ มีความถี่สม่ำเสมอ และระยะเวลาานาน พอกกล่าวคือ ประมาณ 30-45 นาที (วรรณิ นิธิยานันท์, 2548: 131) นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอยังช่วยลดความเสี่ยงของร่างกายในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อีกทางหนึ่ง การออกกำลังกายยังช่วยให้การไหลเวียนดีขึ้น เซลล์แลกเปลี่ยนสารอาหารและขับถ่ายของเสียได้ดีขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ในระบบต่างๆ ดีขึ้น เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด วิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุดคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (ไพบุรณ์ จตุปัญญา, 2545: 54)

3.3.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ดังนั้นอาหารเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการทบทวนองค์ความรู้ของโรคเบาหวาน และพบว่าหลักการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีที่สุดประกอบด้วย โภชนาการดีและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (เทพ หิมะทองคำ, 2548: 54) โภชนาการที่ดีเป็นหนึ่งในหัวใจของการควบคุมเบาหวาน ถึงแม้จะได้รับยารักษาเบาหวานหรือฉีดอินซูลินก็ยังจำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วย การควบคุมอาหารคือ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนอย่างสมดุล เป็นการป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่จะตามมาภายหลัง ในการควบคุมอาหารผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นจะต้องเปลี่ยนอุปนิสัยการบริโภค แต่ทว่าควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมิได้แตกต่างไปจากอาหารที่คนทั่ว ๆ ไปควรรับประทาน แต่คนเรียมักจะตามใจปากและมีได้คำนึงถึงคุณภาพอาหารที่รับประทานว่าเป็นประโยชน์แก่ร่างกายหรือไม่ ฉะนั้นการปรับอุปนิสัยการบริโภคของผู้ป่วยเบาหวานให้เปลี่ยนไปในทางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ (เทพ หิมะทองคำ, 2550: 131-132)

จุดมุ่งหมายการควบคุมอาหาร (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2548: 43) คือ การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้ใกล้เคียงกับคนปกติให้มากที่สุด เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ รวมทั้งการควบคุมความดัน เพื่อลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือด ป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น โดยการเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เน้นความต้องการโภชนาการของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและความเป็นอยู่รวมทั้งความเต็มใจของผู้ที่เป็นเบาหวานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ดังนั้นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานอิงตามหลักโภชนะบัญญัติ 9

ประการ (คริสตัมย วิบูลยานนท์ และวรรณี นิธิยานันท์, 2548: 111) คือ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย รับประทานข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งอื่นๆ เป็นบางมื้อ รับประทานอาหารพืชผักและผลไม้ให้มากเป็นประจำ รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน คั้นนมให้เหมาะสมตามอายุ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุควรดื่มนมสดพร่องมันเนย รับประทานอาหารที่มีไขมันพอควร รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เช่นการใช้เวลากับเพื่อนสนิท หรือการแก้ไขข้อขัดแย้งกับผู้อื่น โดยการพูดคุยอย่างประนีประนอม

3.3.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เช่นการเกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือตนเอง ตระหนักถึงสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด จากการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานต่อการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยคำนึงถึงผลกระทบจากโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการควบคุมอาหารเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ วิตกกังวลกลัวจะเกิดภาวะแทรกซ้อนรู้สึกว่าตนเองขาดอิสระ ขาดความมั่นใจและความภูมิใจไว้ในตนเอง ความเครียดมีผลทำให้ความครอบคลุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเนื่องจากการหลั่งสารคอร์ติซอลและแคทีโกลามีนสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยกระบวนการกลูโคซิโนไลซิส (Glucogynolysis) ดังนั้นผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเลือกวิธีการที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การใช้วิธีการผ่อนคลาย หรือการใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สามารถช่วยลดความเครียดได้

จากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 6 ด้านคือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 6) การจัดการความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการคือ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 79 (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002: 69)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีหลายด้านด้วยกัน ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ได้แก่

สถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล ผู้ที่มีคู่สมรสจะสามารถช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่างๆ คอยให้คำปรึกษาแนะนำให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Muhlenkamp & Sayles, 1986: 334-338) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยจะทำให้ไม่รู้สึกละเลย โดดเดี่ยว เกิดความอบอุ่นในใจที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงกันเป็นที่ปรึกษา ลดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งช่วยส่งเสริมให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น มีความสนใจต่อสุขภาพ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคได้มากขึ้น หรือเมื่อเจ็บป่วยก็มักมีคนคอยดูแล เอาใจใส่ ช่วยเหลือ แต่ในผู้ป่วยที่ขาดคู่สมรส มักขาดคนดูแลให้กำลังใจ ขาดที่ปรึกษา ทำให้รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว เหงา ว้าเหว ทำให้ไม่สนใจสุขภาพตนเองเท่าที่ควร ผู้ที่มีคู่สมรสทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535: 115; สุวคนธ์ กุรัตน, 2539: 60; อภิรยา พานทอง, 2540: 72)

ระดับการศึกษา การศึกษาจะทำให้เกิดสติปัญญา สามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ เรียนรู้เรื่องโรค และเข้าใจแผนการรักษาได้ดี จึงปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 1985:120,175) บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง มีฐานะดีทำให้มีโอกาสดีในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1982: 161-162) ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538: 45; อภิรยา พานทอง, 2540: 36) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ประภาพร จินันทุยา, 2536: 81; จิรนุช สมโชค, 2540: ข) ส่วนบุคคลที่มีการศึกษาดำ้มักจะพบกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค แผนการรักษาและการปฏิบัติตน และมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Pender, 1982: 161-162)

รายได้ รายได้จะเป็นตัวแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลสามารถเลือกบริการสุขภาพ อาหารที่มีคุณค่ามารับประทานได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดหาเครื่องอุปโภค สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Pender, 1987: 163)

ระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคนาน จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มเป็น ยิ่งป่วยนานจะทำให้ควบคุมโรคได้ไม่ดี คุณภาพชีวิตแย่ลง (อุระณี

รัตนพิทักษ์, 2540: 80 ; จีรนุช สมโชค, 2540: 76) แต่มีการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อรอนงค์ สัพพัญญู, 2539: ข)

การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สึกรู้จักคิด มีความรู้ มีความเข้าใจ ในการกระทำหรือพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติว่ามีผลดีต่อสุขภาพตนเอง และเป็นผลให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนอย่างถูกต้อง และมีแนวโน้มจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 67) กล่าวว่า การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือจากผลของการกระทำที่อาจเกิดขึ้นประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำ เป็นตัวแทนของความคิดที่ส่งผลทางบวก หรือการเสริมแรงทางบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น ในทฤษฎีความคาดหวังและค่านิยม (Expectancy-value) ผลของประสบการณ์ตรงในอดีตหรือจากการเรียนรู้โดยการสังเกตบุคคลอื่นกระทำ จะเป็นพื้นฐานของแรงจูงใจที่สำคัญที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถึงแม้ว่าสภาพของบุคคลในขณะนั้นจะไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติ แต่การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ หรือคาดว่าผลที่ออกมาจากการปฏิบัติ จะมีประโยชน์ต่อตนเองบุคคลก็จะพยายามปรับเปลี่ยนสภาพตนเอง โดยจะตั้งใจสละเวลาและทรัพย์สิน เพื่อปฏิบัติด้วยความพอใจสูงสุดเมื่อการปฏิบัตินั้นให้ผลทางบวก การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นตัวสนับสนุนหลักในแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะเป็นแรงจูงใจให้กระทำพฤติกรรมนั้น ประโยชน์ที่ได้มี 2 ด้าน คือ

1. ประโยชน์ภายใน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวาน เห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น จึงเกิดความต้องการ และเต็มใจที่จะกระทำ เป็นแรงจูงใจจากภายในเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การเพิ่มความตื่นตัว การลดความรู้สึกรู้สึกเหนื่อยล้า ป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีต่อตนเอง การรับรู้ประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาว่า แรงจูงใจภายในตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจ มีการแสวงหาการดูแลตนเอง ในการฟื้นฟูหัวใจอย่างต่อเนื่อง

2. ประโยชน์ภายนอก หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีสิ่งเร้าภายนอกมาจูงใจ ได้แก่ คำชมเชย ทรัพย์สินเงินทอง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานอยากที่จะปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพนั้นๆ ซึ่งมีความสำคัญในช่วงแรกของการปฏิบัติกิจกรรม

การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เป็นปัจจัยด้านความรู้สึกรู้จักที่เฉพาะต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเป็นจริงหรือสิ่งที่คาดเดา อุปสรรคเป็นสิ่งที่ไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมหรือจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะ

ปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ถ้าบุคคลไม่พร้อมในการกระทำและมีอุปสรรคสูง พฤติกรรมนั้นอาจไม่เกิดขึ้น ในทางกลับกันถ้ามีอุปสรรคน้อยมีความพร้อมในการกระทำสูงทำให้ บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา อุปสรรคนี้ ได้แก่ ความยุ่งยาก ไม่สะดวก ความเสียเวลา จาก การศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 79 (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002: 69)

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจาก ภาวะแทรกซ้อน การควบคุมโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญ และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดจะช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานได้ การรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลนั้นจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาหรืออินซูลินแล้วก็ตาม ก็จำเป็นต้องควบคุมอาหาร ร่วมกัน การควบคุมอาหารเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด ตามแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งพบว่าพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพมี 6 ด้าน ด้านโภชนาการถือเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่ง ศึกษาในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การ รับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย เบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของธอร์นไดค์ (Thorndike's formula) (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2544: 208) ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

เมื่อ n = จำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

k = จำนวนของตัวแปรอิสระ ซึ่งมี 6 ตัวแปร

$$\text{ดังนั้น } n = 10(6) + 50$$

$$= 110$$

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยใช้หลักการคำนวณ ดังนี้

$$I = \frac{N}{n}$$

I	=	ช่วงการสุ่ม
N	=	จำนวนประชากรทั้งหมดในแต่ละวัน
n	=	ขนาดของตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละวัน

ดังนั้นหากวันที่เก็บข้อมูลมีประชากรทั้งสิ้น 60 คน ต้องการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างให้ได้ 15 ราย จะได้ช่วงของการสุ่ม เท่ากับ

$$I = \frac{60}{15}$$

$$= 4$$

ดังนั้นจึงใช้การสุ่มโดยจับฉลากขึ้นมา เช่น จับฉลากได้หมายเลข 5 คนต่อไป จะต้องนับเว่นไปอีก 4 คน ได้แก่ คนที่ 10 หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยเลือกคนถัดไปและเว่นไปอีก 4 คน ตามลำดับ

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ไม่มีปัญหาการพูดและการฟัง
3. สามารถเข้าใจและตอบแบบสัมภาษณ์ได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลมะเร็ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดกาญจนบุรี ขนาด 240 เตียง ดำเนินกิจกรรมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ปัจจุบันมีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ เกือบทุกสาขา จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตลอดปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2,211 คน

การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีคลินิกเบาหวานเพื่อตรวจรักษาทุกวันจันทร์ วันอังคาร วันศุกร์ ช่วงเช้า 7.00 – 12.00 น. ทุกสัปดาห์ และวันศุกร์ช่วงบ่าย 13.00 – 16.00 น. เป็นคลินิกดูแลแผลที่เท้าเบาหวาน รับวัดขนาดเพื่อตัดรองเท้าสำหรับผู้ที่

ปัญหาจากการถูกตัดนิ้วเท้าหรือเท้า วันพุธ วันพฤหัสบดี เป็นคลินิกความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ ส่วนบริการในแผนกผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย มีนักโภชนาการของโรงพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา การใช้ยาฉีดอินซูลิน การสังเกตอาการผิดปกติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยตัดแปลงมาจากสุขุมาล แส่นพวง (2548) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยตัดแปลงมาจากสุขุมาล แส่นพวง (2548) ทั้งนี้เป็นการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ แบ่งเป็นข้อความด้านบวกจำนวน 4 ข้อ คือ 3,7,12,16 และข้อความด้านลบจำนวน 13 ข้อ คือ 1,2,4,5,6,8,9,10,11,13,14,15,17.

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตรงกับข้อความนั้นทุกวัน
ปฏิบัติเกือบทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตรงกับข้อความนั้น 4-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางวัน	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตรงกับข้อความนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตามข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน	
	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติทุกวัน	4	1
ปฏิบัติเกือบทุกวัน	3	2
ปฏิบัติบางวัน	2	3
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.00 – 1.49	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ไม่สมควรปรับปรุง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.50 – 2.49	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์พอใช้
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 2.50 – 3.49	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 3.50 – 4.00	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยตัดแปลงจากสุขุมาล แส่นพวง (2548) ในเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Pender, 1996: 68-69) มีทั้งหมด 13 ข้อ

แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานว่าการกระทำหรือพฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้น มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งหมด 13 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบ
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบเกือบทั้งหมด
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยเล็กน้อย	2
ไม่เห็นด้วย	1

โดยแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้ (สุขุมล แสนพวง, 2548:36)

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.00 – 1.49 หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ไม่สมควรปรับปรุง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.50 – 2.49 หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์พอใช้
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 2.50 – 3.49 หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 3.50 – 4.00 หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เรื่อง การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก แนวคิดของเพนเดอร์ในเรื่อง การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Pender, 1996: 68-69) มีทั้งหมด 13 ข้อ

แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานว่าการกระทำหรือพฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้น มีอุปสรรคต่อการกระทำของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบ
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบเกือบทั้งหมด
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

Christian University of Thailand
เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยเล็กน้อย	2
ไม่เห็นด้วย	1

โดยแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.00 – 1.49	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์น้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.50 – 2.49	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์น้อย

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 2.50 – 3.49 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการ
กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์
มาก

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 3.50 – 4.00 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการ
กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์
มากที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เพื่อ
ประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้
ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 3 ท่าน
และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของ
สำนวนภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์การคิดจากค่าดัชนีความตรง
ตามเนื้อหา (Content validity index = CVI)

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ค่า CVI = 0.88

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน
โภชนาการได้ค่า CVI = 0.76

แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ค่า
CVI = 0.92

หลังจากตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตาม
ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมิน
การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้ปรับปรุง
ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 35 คน ที่มีลักษณะ
เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ
ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งจะได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละฉบับ
(ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540: 127)

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน
โภชนาการมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมการลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การทำงานวิจัยรวมทั้งสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำมาใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่ออยู่ระหว่างการให้ข้อมูลผู้วิจัยยินดียุติการสัมภาษณ์ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่ถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมการ์กซ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตามวัน และเวลา ดังนี้ คือวันจันทร์ วันอังคาร และวันศุกร์ เวลา 07.00-12.00 น.

ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากบัตรบันทึกประวัติ โดยนำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานในแต่ละวันที่ต้องการเก็บข้อมูล ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ มาขึ้นทะเบียนเป็นประชากรที่ศึกษา แล้วทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มระบบ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 กำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวานในวันที่เก็บข้อมูล เรียงลำดับก่อนหลัง

1.2 กำหนดขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแต่ละวันจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน

1.3 คำนวณหาช่วงของการสุ่มจากสูตร

$$I = \frac{N}{n}$$

เมื่อ	I	=	ช่วงของการสุ่ม
	N	=	จำนวนประชากรทั้งหมดในแต่ละวัน
	n	=	ขนาดของตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละวัน

2. จดรายชื่อ และ Hospital number ของผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มไว้

3. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ขณะที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจ หรือขณะรอรับยา แล้วทำการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมให้ความร่วมมือ จึงอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยเข้าใจในระหว่างสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดหรือไม่อยากตอบ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ตามความต้องการของผู้ป่วย และการยุติครั้งนี้ จะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยโดยไม่มีผู้ใดออกจากการวิจัย

4. ให้ผู้ป่วยตอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการตามลำดับ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ แล้วให้ผู้ป่วยตอบตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยแล้วอธิบายจนเป็นที่พอใจจึงยุติและกล่าวขอบคุณ เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างครบแล้ว นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามขั้นตอนต่อไปนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค

2. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์รายข้อและโดยรวมและการรับรู้อุปสรรคตามรายข้อ และโดยรวม

3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างตัวแปร ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยใช้สถิติ Eta

5. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่นำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้น ในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) (Pedhazur, 1982; 273) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดค่าให้เป็นตัวแปรหุ่น ในตัวแปรต่อไปนี้ คือ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลมะเร็ง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาหาอำนาจการทำนายของสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็ง จำนวน 120 คน ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 4 การทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยใช้ตัวทำนาย 5 ตัว ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค (n = 120)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	28.3
หญิง	86	71.7
อายุ		
30-50 ปี	16	13.2
51-60 ปี	40	33.4
61 ปีขึ้นไป	64	53.4
สถานภาพสมรส		
โสด	9	7.5
คู่	80	66.7
หม้าย	30	25.0
หย่า / แยก	1	0.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	23	19.2
ประถมศึกษา	85	70.8
มัธยมศึกษา	4	3.3
อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา	3	2.5
ปริญญาตรี	5	4.2

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.8 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 19.2

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค (n = 120)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
เท่ากับหรือน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	65	54.1
5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน	37	30.7
10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน	6	5.0
15,001 – 25,000 บาทต่อเดือน	8	6.7
มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน	4	3.3
$\bar{x} = 7053.67$ S.D. = 6471.819		
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)		
0 - 3	38	38.9
4 - 6	28	23.3
7 - 9	16	23
10 ขึ้นไป	28	
$\bar{x} = 7.43$ S.D. = 6.04		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครบครัวส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.7 ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนใหญ่ คือ 0-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 7.43 ปี

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จำแนกตามรายชื่อ (n= 120)

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
*14. ท่านเติมน้ำตาลในอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อบ่อยแค่ไหน	3.89	.38	ดีมาก
*10. ท่านรับประทานเค้กบ่อยแค่ไหน	3.87	.36	ดีมาก
*2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา ไวน์บ่อยแค่ไหน	3.86	.44	ดีมาก
*8. ท่านปรุงอาหารด้วยน้ำมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่บ่อยแค่ไหน	3.82	.48	ดีมาก
*4. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์บ่อยแค่ไหน	3.82	.39	ดีมาก
7. ท่านปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันปาล์ม น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันงาบ่อยแค่ไหน	3.76	.61	ดีมาก
*13. ท่านรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู บ่อยแค่ไหน	3.58	.50	ดีมาก
*5. ท่านดื่มน้ำอัดลมบ่อยแค่ไหน	3.56	.72	ดีมาก
*15. ท่านดื่มกาแฟใส่น้ำตาล (ไม่ใช่กาแฟเทียม) บ่อยแค่ไหน	3.45	1.00	ดี
*9. ท่านรับประทานขนมปังบ่อยแค่ไหน	3.44	.59	ดี
*1. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น การไม่ดื่มกระทิงแดง เอ็มร้อยห้าสิบ บ่อยแค่ไหน	3.33	.39	ดี
12. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น หมูเนื้อแดง เนื้อไก่ไม่มีหนัง เนื้อปลา กุ้ง บ่อยแค่ไหน	3.29	.84	ดี

ตารางที่ 2 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการ จำแนกตามรายชื่อ (n= 120)

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
*17. ท่านรับประทานขนมหวานหลังอาหารบ่อยแค่ไหน	3.22	.65	ดี
*6. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูปบ่อยแค่ไหน	3.18	.64	ดี
*11. ท่านรับประทานผลไม้หวาน เช่น ขนุน ทุเรียน มะม่วง สุก องุ่น สับปะรด มังคุด ลำไย บ่อยแค่ไหน	3.15	.53	ดี
3. ท่านรับประทานผักบ่อยแค่ไหน	3.03	.65	ดี
16. ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู มะละกอ ฝรั่ง แอปเปิ้ล 6-8 ชิ้นต่อหลังอาหารบ่อยแค่ไหน	2.18	.60	พอใช้
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวม	3.43	.58	ดี

หมายเหตุ * เป็นข้อความทางลบ

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{x} = 3.43$, S.D. = .58) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของการเติมน้ำตาลในอาหาร (ในแบบสอบถามเป็นข้อความทางลบ) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.89$, S.D. = .38) แต่การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานผลไม้ไม่หวานจัดมีคะแนนไม่เกิน 6-8 ชิ้นต่อหลังอาหารบ่อยแค่ไหน ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.18$, S.D. = .60)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จำแนกตามรายชื่อ (n = 120)

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
11. การไม่รับประทานขนมหวานหลังอาหารทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3.95	.34	ดีมาก
1. การรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง พุทรา จะทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3.90	.40	ดีมาก
3. การไม่ดื่มน้ำอัดลมจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3.88	.53	ดีมาก
7. การรับประทานอาหารที่มีแป้งน้อยลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3.88	.45	ดีมาก
2. การดื่มกาแฟไม่ใส่น้ำตาลหรือใส่น้ำตาลเทียมจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3.72	.75	ดีมาก
8. การรับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3.60	.73	ดีมาก
10. เมื่อรับประทานอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3.56	.81	ดีมาก
13. การรับประทานอาหารตามเวลาเช้า กลางวันและเย็น ไม่รับประทานอาหารจุกจิก ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	3.48	.79	ดี
12. การที่ควบคุมน้ำหนักตัวโดยการควบคุมอาหารได้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	2.75	1.20	ดี
9. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	2.58	1.30	ดี
4. การไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิ๊งแดง เอ็มร้อยห้าสิบ ลิโพ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	2.51	1.26	ดี

ตารางที่ 3 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จำแนกตามรายชื่อ (n = 120)

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
6. การไม่รับประทานน้ำมันที่ทำจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	2.36	1.19	พอใช้
5. การรับประทานอาหารจำพวกกะทิไม่แตกมันทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	2.24	1.22	พอใช้
การรับรู้ประโยชน์ด้านโภชนาการโดยรวม	3.26	.78	ดี

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{x} = 3.26$, S.D. = .78) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในเรื่องของการไม่รับประทานขนมหวานหลังอาหารทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.95$, S.D. = .34) แต่มีการรับรู้ในเรื่องของการรับประทานอาหารจำพวกกะทิไม่แตกมันทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดพอใช้ ($\bar{x} = 2.24$, S.D. = 1.22)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของการรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จำแนกตามรายชื่อ (n= 120)

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
3. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนทำให้เกิดความลำบากในการรับประทานอาหาร	2.78	1.24	มาก
8. เมื่อต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์ทำให้การควบคุมอาหารเป็นเรื่องลำบาก/ยุ่งยาก	2.71	1.24	มาก
13. เป็นเรื่องยุ่งยากในการซื้ออาหารสำเร็จรูปที่ใช้ น้ำมันจากพืช	2.52	1.21	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ จำแนกตามรายชื่อ (n= 120)

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
2. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการเคลื่อนไหวทำให้เกิดความยุ่งยากในการเตรียมอาหาร	2.49	1.28	น้อย
12. การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปที่มีรสหวานน้อยเป็นเรื่องยุ่งยาก	2.40	1.27	น้อย
1. ท่านรู้สึกเบื่อหรือเครียดกับการต้องควบคุมอาหารทุกวัน	2.28	1.17	น้อย
5. ท่านรู้สึกเบื่อ / ไม่ชอบรสชาติอาหารที่จัดลงกว่าเดิม	2.18	1.22	น้อย
11. เป็นเรื่องยากลำบากสำหรับท่านที่จะควบคุมน้ำหนักตัวด้วยการควบคุมอาหาร	1.83	1.06	น้อย
7. แม้ว่าได้ควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดแต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	1.81	1.02	น้อย
6. สมาชิกในครอบครัวไม่ช่วยเหลือท่านในการควบคุมอาหารเนื่องจากไม่ว่างต้องทำงาน / ไม่มีผู้ดูแล / ต้องอยู่คนเดียว	1.60	1.08	น้อย
4. การรับประทานอาหารเป็นเวลาทำให้เกิดความยุ่งยากในแต่ละวัน	1.48	.88	น้อย
10. การประกอบอาหารเบาหวานด้วยตนเองทำให้เสียเวลาเป็นภาระ	1.28	.79	น้อยที่สุด
9. การประกอบอาหารเบาหวานด้วยตัวเองทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	1.18	.67	น้อยที่สุด
การรับรู้อุปสรรคด้าน โภชนาการ โดยรวม	2.04	1.09	น้อย

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์น้อย ($\bar{x} = 2.04$, S.D. = 1.09) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในเรื่องมีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงและการกลืนทำให้เกิดความลำบากในการรับประทานอาหาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในเกณฑ์มาก ($\bar{x} = 2.78$, S.D. = 1.24) ส่วนการประกอบอาหารเบาหวานด้วยตัวเองทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเกณฑ์น้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.18$, S.D. = .67)

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค และ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค และ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	รายได้	ระยะเวลาที่เป็นโรค	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค	พฤติกรรม
รายได้	1	.153	.189*	.122	-.395**
ระยะเวลาที่เป็นโรค		1	.033	-.008	-.155*
การรับรู้ประโยชน์			1	-.174	.071
การรับรู้อุปสรรค				1	-.147
พฤติกรรม					1

*P – value < 0.05

**P – value < 0.01

จากตารางที่ 5 พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -.395$, P - value < 0.01) รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .189$, P – value < 0.05)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ตัวแปรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Eta	P-value
สถานภาพสมรส	.061	.932
ระดับการศึกษา	.324	.000

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Eta = .324, P-value < 0.01) ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 4 การทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยใช้ตัวทำนาย 5 ตัว ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ตัวทำนาย	Beta	t	P-value
รายได้	-.363	-4.250	.000
ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า	.247	2.933	.004
การรับรู้ประโยชน์	.167	2.013	.046
Constant (a) = 53.050 R = .485			
R square = .235		Adjust R square = .215	
F = 11.896		p-value < .05	

ในการทดสอบอำนาจการทำนายของตัวแปรต้นต่อตัวแปรตามคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผู้วิจัยได้ปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) ได้แก่

ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยระดับการศึกษา แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 1) ระดับชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า และ 2) ระดับสูงกว่าชั้นประถมศึกษา ส่วนสถานภาพสมรส จัดแบ่งเป็น 2 ระดับเช่นกัน คือ 1) โสด หม้าย หย่าและแยก กับ 2) สถานภาพสมรสคู่ เพื่อสามารถนำเข้าวิเคราะห์เพื่อการทำนายได้

จากตารางที่ 7 ซึ่งเป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ รายได้ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่าและการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ โดยตัวทำนายทั้งสามตัวนี้สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 23.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงสร้างสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$\hat{Y} = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3$$

\hat{Y} (พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ) = 53.050 + (-.363)(รายได้) + (.247) (ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า) + (.167)(การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{x} = 3.43$, S.D. = .58) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดห้าอันดับแรก (ซึ่งเป็นข้อคำถามทางลบในแบบสอบถาม) ได้แก่ เรื่องของการเติมน้ำตาลในอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.89$, S.D. = .38) รองลงมาคือการรับประทานเค็ม ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = .36) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา ไวน์ ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = .44) การปรุงอาหารด้วยน้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = .48) การรับประทานเครื่องในสัตว์ ($\bar{x} = 3.82$, S.D. = .39) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการเติมน้ำตาลอาหาร การรับประทานของหวาน เช่น เค็ม การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้น้ำมันจากสัตว์ในการประกอบอาหารเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนพยายามหลีกเลี่ยงเพราะรู้ว่าการปฏิบัติเช่นนั้นอาจก่อให้เกิดสุขภาพไม่ดีต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 67) ในเรื่องของการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ที่ว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สึกรู้สึกดี มีความรู้ มีความเข้าใจ ในการกระทำหรือพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติว่ามีผลดีต่อสุขภาพตนเองและเป็นผลให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง และมีแนวโน้มจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

ส่วนพฤติกรรมข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ได้แก่ การรับประทานผลไม้ไม่หวานจัดมีรสไม่เกิน 6-8 ชิ้นคำมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.18$, S.D. = .60) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ กล่าวคือ อยู่ในช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 53.4 จึงอาจทำให้รับประทานผลไม้ที่ไม่ทราบได้น้อย เนื่องจากผลไม้เหล่านั้นส่วนใหญ่มีเนื้อแข็ง เคี้ยวยากหากมีปัญหาเรื่องฟัน เช่น ฟร้ง ชมพู เป็นต้น นอกจากนั้นอาจเป็นเพราะประชากรส่วนใหญ่มักรับประทานผลไม้ที่มีอยู่ตามฤดูกาล เนื่องจากหาซื้อง่ายและราคาถูก จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมในเรื่องการรับประทานผลไม้ได้เพียงบางส่วนเท่านั้นซึ่งก็พยายามหลีกเลี่ยงแต่เนื่องจากความไม่รู้หรือไม่แน่ใจว่าผลไม้ชนิดใดหวานมากหรือหวานน้อยจึงทำให้ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรค และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวาน นั่นหมายความว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้คู่สมรสจะสามารถช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่างๆ สามารถให้คำปรึกษาแนะนำให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้ แต่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง เปรียบเสมือนเป็นการดูแลตนเองให้เหมาะสมด้านโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของวรพนิต ศุภแพทย์ (2539: 77) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นจากการศึกษาของอรอนงค์ สัพพัญญู (2539: ข) พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่เป็นโรคนานไม่ได้หมายความว่า จะมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ รายได้ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมีการรับรู้ประโยชน์ที่ดี มักรับประทานอาหารที่เป็นพืชผักผลไม้ซึ่งราคาถูกและหาได้ง่าย ส่วนผู้ที่มีรายได้สูง สามารถเลือกซื้ออาหารที่ชอบมารับประทานได้ตามความต้องการซึ่งอาจเป็นอาหารที่มีความหวาน มัน ตามรสชาติที่ชอบ จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ส่วน

การศึกษาจะทำให้เกิดสติปัญญา สามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ เรียนรู้เรื่องโรคและเข้าใจแผนการรักษาได้ดี จึงปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 1985: 120,175) ผู้ที่มีการศึกษาดี้มักมีการแสวงหาวิธีส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ในบุคคลที่มีการศึกษาดำ้มักจะพบกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค แผนการรักษาและการปฏิบัติตน และมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Pender, 1982: 161-162)

3. ศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการวิเคราะห์ใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรทำนาย ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ตัวแปรที่เข้าสมการถดถอยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ร้อยละ 23.5 ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมีน้ำหนักในการทำนายมากที่สุด ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรค และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กันตั้งแต่ต้นจึงไม่เข้าไปในสมการ

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ได้บางส่วน กล่าวคือ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี คือ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้มีรายได้น้อย การศึกษาดำ เลือกรับประทานอาหารที่มีตามท้องถิ่นคือผักและผลไม้ ผู้มีรายได้และการศึกษาสูงมีโอกาสแสวงหาอาหารที่ชอบมารับประทานได้ง่ายและขาดการออกกำลังกายจึงก่อให้เกิดโรคตามมา ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นการที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สึกรู้จักคิด มีความรู้ มีความเข้าใจ ในการกระทำหรือพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติว่ามีผลดีต่อสุขภาพตนเอง เป็นผลให้

ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนอย่างถูกต้อง และมีแนวโน้มจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง



Christian University of Thailand

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี และศึกษาหาอำนาจการทำนายของสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แบบสัมภาษณ์เรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และแบบสัมภาษณ์เรื่องการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{x} = 3.43$, S.D. = .58) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดห้าอันดับแรกคือเรื่องของการเติมน้ำตาลในอาหารมีคะแนน

เฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.89$, S.D. = .38) รองลงมาคือการรับประทานเค้ก ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = .36) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา ไวน์ ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = .44) การปรุงอาหารด้วยน้ำมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = .48) การรับประทานเครื่องในสัตว์ ($\bar{x} = 3.82$, S.D. = .39)

ส่วนพฤติกรรมข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดห้าอันดับแรก ได้แก่ การรับประทานผลไม้ไม่หวานจัดมีอะลูมิเนียมไม่เกิน 6-8 ชิ้นคำมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.18$, S.D. = .60) ท่านรับประทานผักบดบดแคโรทีนอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.03$, S.D. = .65) ท่านรับประทานผลไม้หวาน เช่น ขนุน ทูเรียน มะม่วงสุก องุ่น สับปะรด มังคุด ลำไย บดบดแคโรทีนอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.15$, S.D. = .529) ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูปบดบดแคโรทีนอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.18$, S.D. = .64) ท่านรับประทานขนมหวานหลังอาหารบดบดแคโรทีนอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.22$, S.D. = .65)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -.395$, P - value < 0.01) ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .189$, P - value < 0.05) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\eta^2 = .324$, P-value < 0.01)

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

รายได้ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานได้ดีที่สุด โดยสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 23.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยมีสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$\hat{Y} = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3$$

\hat{Y} (พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ) = 53.050 + (-.363)(รายได้) + (.247)
(ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า) + (.167)(การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ รายได้ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ
ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดีได้นั้น
ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ใน
เกณฑ์ดี แต่ยังมีรายด้านในบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่าง
ยังคงปฏิบัติต่อไป จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและเป็น
อันตรายได้ พยาบาลจึงควรตระหนักถึง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพที่ดีและถูกต้อง โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมา
ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติ

1.1 ให้ความรู้ในเรื่องอาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง โดยเน้น
ให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ และความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการจัดตั้งหน่วยให้
คำปรึกษา คอยรับฟังปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และญาติซักถาม
ข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อจะได้หาทางช่วยเหลือ หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้
กำลังใจต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาล

ในการให้ความรู้ นั้น พยาบาลที่ทำงานในคลินิกเบาหวานหรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จะต้องให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวาน และญาติ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

2.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องปริมาณ และชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงเช่น อาหารที่มีไขมันสูง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ตลอดจนการแบ่งมื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน เพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการสอน และนำสื่อต่าง ๆ มาใช้ร่วมด้วย เช่น การจัดบอร์ดวิชาการ จัดฉายวิดีโอ หรือมีภาพพลิกประกอบ นอกจากนี้อาจจัดทำคู่มือเอกสาร หรือแผ่นพับให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และญาติอ่านประกอบหลังการสอน หรือนำกลับไปอ่านต่อที่บ้านเป็นการทบทวน

2.2 พัฒนาการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ

2.3 ควรประเมินอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมและแสวงหาวิธีการกำจัดอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เช่น ค่าใช้จ่ายสูง ความยุ่งยากลำบาก

3. ผู้บริหาร

3.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรใช้สื่อหลาย ๆ แบบ เช่น จัดให้ความรู้ทางโทรทัศน์ขณะผู้ป่วยรอตรวจ หรือใช้เสียงตามสาย นอกจากนี้พวกไปสเตอร์ต่าง ๆ แผ่นพับเอกสารแจก ควรมีการสับเปลี่ยนเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความสนใจ ชวนติดตาม ทั้งนี้ควรให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาหาแนวทางในการพัฒนาการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรอื่น ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เช่น อาชีพ อิทธิพลระหว่างบุคคล และสมรรถนะในตนเอง เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขวัญหทัย ไตรพีช. (2550). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2 .โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร: ประชุมการพิมพ์.

จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรนุช สมโชค. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉกาจ ผ่องอักษร. (2548). การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน. ในวัลลา ตันตโยทัย และสุนทรี นาคะเสถียร (บรรณาธิการ). โครงการอบรมผู้ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน 2549. นครปฐม: เมตตาท้อปี่พรีน. หน้า 27-39.

ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2547). การทบทวนองค์ความรู้เบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2548). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท
 จูนพับลิชชิงจำกัด.

“_____” (2550). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร:
 วิทยพัฒน์.

ทวี อนันตกุลชี. (2541). ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด. ในรัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์
 (บรรณาธิการ), ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
 หน้า 91-105.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
 แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภาพร จินันทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พงศ้อมร บุณนาค. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรม
 และวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยเสริมต่อโรค. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการ
 แพทย์. กรมการแพทย์.

“_____” (2546). การรักษาโรคเบาหวานด้วยอินซูลิน. ในอภิชาติ วิชญาณรัตน์
 (บรรณาธิการ), ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
 หน้า 133-154.

“_____” โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน. ในอภิชาติ วิชญาณรัตน์
 (บรรณาธิการ), ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
 หน้า 269-287.

พรทิพย์ ชุ่นอื้อ. (2547). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: กรณีศึกษาผู้มารับ
 บริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลตรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขล
 นครินทร์.

พิมลรัตน์ อินแสน. (2551). การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับ
 ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพบูรณ์ จตุปัญญา. (2545). เบาหวานกับการรักษาตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร:
 สำนักพิมพ์รวมธรรม.

- ภฤศ หาญอุตสาหะ. (2546). ภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน ในอภิชาติ วิชาญรัตน์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง. หน้า 209-220.
- ยุวดี ภาษาและคณะ. (2540). วิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์.
- เยาวเรศ สมทรัพย์. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- รัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ. (2530). ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลรามธิบดี: ข้อมูลทางคลินิกและผลการรักษาเปรียบเทียบระหว่างคลินิกอายุรศาสตร์และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน. รามาธิบดีเวชสาร, 10 (4): 183-189.
- ละเอียด แจ่มจันทร์. (2549). สารบททวน : การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฑาทอง.
- วรพินิต ศุกรแพทย์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณ ศรีชัยรัตน์. (2542). เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 16-18 มีนาคม 2542. ณ โรงแรมแก่นอินน์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. อุดสำเนา.
- วรรณ นิธิยานันท์. (2548). เบาหวานและการออกกำลังกาย. ในสุทิน ศรีอัยญาพร และวรรณ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), โรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์. หน้า 131-140.
- วลัย อนิทรัมพรรย์. (2528). โภชนาการกับโรคเบาหวาน. ภาควิชาคหกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์.
- วรินทร์ ดำรงรัตน์นุวงศ์. (2548). อิทธิพลด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดที่มีการหอบหืด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิจิตรพร บัวอำไพ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนกับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาล
สมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ภาวะ
สุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัลลา ตันตโยทัย.(2536). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่ง
อินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

“_____” (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่ง
อินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2547). สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย. ในวิทยาวารณ ลีลาสำราญ และ
วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ (บรรณาธิการ), การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และในโรคต่าง ๆ.
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. หน้า 21-46.

ศรีสมัย วิบูลยานนท์ และวรรณิ นิธิยานันท์. (2548). อาหารผู้ป่วยเบาหวาน. ในสุทิน ศรีอภัยพร
และวรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), โรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: แก้วการพิมพ์.
หน้า 107-128.

ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2541). อาหารกับการควบคุมเบาหวาน. ในรัชตะ รัชตะนาวิน และธิดา นิงสา
นนท์ (บรรณาธิการ), ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
หน้า 115-140.

“_____” (2548). โภชนบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน. ในวัลลา ตันตโยทัย และสุนทรี นาคะ
เสถียร (บรรณาธิการ), โครงการอบรมผู้ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลักสูตรพื้นฐาน
2549. นครปฐม: เมตตาอ้อมปี่พรีน. หน้า 39-81.

ศิรินทิพย์ โกศลเทียะ.(2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมด
ประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศุภวารินทร์ หันกิตติกุล. (2539). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2543). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4**. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินต์ติ้ง การพิมพ์
- สมบุญ วงศ์ธีรภัก. (2547). **โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน**. ในรัชตะ รัชตะนาวิน และธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ), **ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒนา. หน้า 43-48.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). **อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย**. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถิติเวชรระเบียบผู้ป่วยเบาหวาน. (2550). **สถิติผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลมะเร็ง**, หน้า 1
- สาธิต วรรณแสง. (2546). **ตำราโรคเบาหวาน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุขุมล แส่นพวง. (2548). **การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์. (2541). **การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ ปันณะแต้ม. (2540). **ชมรมผู้ป่วยเบาหวานและการสร้างทัศนคติที่ดี**. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์.
- สุวคนธ์ กุรัตน์. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอนงค์ สัพพัญญู. (2539). **การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุระณี รัตนพิทักษ์. (2540). **ผลของการพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัมพรพรรณ ชีรานุตร, เพลินตา ศิริปการ, และอำพน นวลโคกสูง. (2544). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน**. มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ภาษาอังกฤษ

Aekplakorn, M., Stolk, R. P., Neal, B., Chongsuvivatwong, V., Cheepudomwit, S., & Woodward, M. (2003). "The prevalence and management of diabetes in Thai adults: The international collaborative study of Cardiovascular disease in Asia." **Diabetes Care**, 26: 2756-2763.

American College of Sport Medicine. (2006). **Guideline for exercise testing and Prescription**. (7th ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.

American Diabetes Association. (1997a). "Implications of the diabetes control and complications trial." **Diabetes Care**, 20(1): S6-S13.

"_____ " (1997b). "Screening for diabetic nephropathy." **Diabetes Care**, 20(1): S24-S27.

"_____ " (1999). "Standards of medical care for patients with diabetes mellitus." **Diabetes Care**, 22(1): S24-S26.

"_____ " (2001). "Hyperglycemic crises in patient diabetes mellitus." **Diabetes Care**, 24(1): 154-161.

"_____ " (2004a). "Nutrition principles and recommendations in diabetes." **Diabetes Care**, 27(1): S36-S46.

"_____ " (2004b). "Hyperglycemic crises in patient with diabetes mellitus." **Diabetes Care**, 27(1): S94-S101.

"_____ " (2006). "Summary of revision for the 2006 clinical practice recommendations." **Diabetes Care**, 29(1): S3-S42.

- American Diabetes Association. (2007). "Summary of revision for the 2006 clinical practice recommendations." **Diabetes Care**, 30(1): S3-S42.
- Becker, M.H. (1974). "Historical origin of the health belief model". **In health belief model and personal health behavior**. Throfore New Jercey: Charles B. Slack, Inc.
- Bennion, Marion. (1976). **Clinical Nutrition**. New York, Harper & Row Publisher.
- Egede, L . E., Zheng, D., Simpson, K. (2002). "**Comorbid depression is associated with Increased health care use and expenditures in iIndividuals with diabetes.**" Retrieved June 17, 2004, from [http://www.Diabetes %20care %20Comorbid %20Depression & 20is%20Association](http://www.Diabetes%20care%20Comorbid%20Depression%20is%20Association).
- Garber, Reta. (1977). "The use of a Standardized Teaching Program in Diabetes Education." **Nursing Clinics of North America**. 12(3): 375.
- Griffiths, K. (2002). "**Achieving better psychosocial outcomes in diabetes responsibility of patient & Team.**" Retrieved June 17, 2004, from <http://www.Diabetes%20-%20psychosocial.htm>.
- Josling, L. (2001). "**Diabetes : a major new health problem.**" Retrieved June 1, 2004, from <http://www.Diabetes%20a%20major%20new%20health%20problem.htm>.
- Krentz, A.J., Natrass, M. (1997). "Acute metabolic complication of diabetes mellitus: diabetic ketoacidosis, hyperosmolar non-ketotic sysdrom and lactic acidosis." In Pickup, J., Willims, G. (Eds.), **Textbook of diabetes** (2nd ed.) (pp. 39.1-39). Oxford: Blackwell Science.
- Mecklenburg, R., Meldrum, N., Fenster, L. & Dykan, M. (1997). "Measuring value in Diabetes Care : relating outcome to costs." **Diabetes**," 46 (1): 35a.
- Muhlenkamp, A.F., Sayles, J.A. (1986). "Self-esteem, social support, and positive health practice." **Nursing research**, 35: 334-338.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing concepts of practice**. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Book.
- Pender, N.J. (1982). **Health promotion in nursing practice**. New York: Appleton Century Croft. American Diabetes Association, 1996: s62.
- "_____ " (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. (2nd ed). Connecticut : Appleton & Lange.

Pender, N.J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. (3rd ed). Connecticut :
Appleton & Lange.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**.
(4th ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice**.
(5th ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.

Pedhazur, E.J. (1982). **“Multiple Regression In Behavioral Research”** New York: Holt Rinehart and
Winston.

Selby, J.V., Ray, G.T., Zhang, D. & Colby, C.J. (1997). “Excess costs of medical care for
patients with diabetes in a managed care population.” **Diabetes**, 20 (9): 1392-1381.

Umpierrez, G.E., Kelly, J.E., Navarrete, J.E., Casals, MMC, Kitabchi, A.E. (1997).
“Hyperglycemic crises in urban blacks.” **Arch Intern Med.**, 157: 669-675.

Wild, S., Sicree, R., Roglic G., et al. (2004). “Global prevalence of diabetes: Estimates for the
year 2000 and projections for 2030.” **Diabetes Care**, 1047-1053.

CTU



Christian University of Thailand ภาคผนวก

ภาคผนวก ก



Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

นายแพทย์ก่อพงษ์ ทศพรพงศ์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรคเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี
อาจารย์บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรคเบาหวาน โรงพยาบาลรามาชิปดี
นางจันทร์ฉาย ตระกูลดี	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
นางเพ็ญศรี ควรรณิยม	CTU พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี
นางมาลินี ถิ่นกาญจน์	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรคเบาหวาน โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

Christian University of Thailand

CTU



ภาคผนวก ข

คำชี้แจงผู้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

Christian University of Thailand

คำชี้แจงผู้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวภาภรณ์ อนุรักษอุดม เป็นนักศึกษาลัทธิศูตตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่องปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการ ตอบแบบสัมภาษณ์ จะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ ไม่มีถูกหรือผิด การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม ไม่มีผล ใดๆ ต่อการรักษาของท่าน หากท่านยินดีจะเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม เพราะจะนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนให้คำแนะนำ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดี ถ้าภายหลังท่านเปลี่ยนใจ ท่านมีสิทธิถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ ใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน ข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเป็นความลับและนำเสนอ ผลการวิจัยแบบโดยรวม

ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยหากมีข้อสงสัยใดๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลา และขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

สุภาภรณ์ อนุรักษอุดม
ผู้วิจัย

CTU



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Christian University of Thailand

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล
มะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพด้านโภชนาการ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพด้านโภชนาการ

ในการตอบแบบสัมภาษณ์ โปรดตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความคิดเห็น
ของท่านมากที่สุด

(นางสุภาภรณ์ อนุรักษ์อุดม)

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยคริสเตียน

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่สอบถาม.....

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ใช้รวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลหรือทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. ศาสนา
 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆระบุ
4. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย หย่า/แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี อื่นๆระบุ.....
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท
7. ความเพียงพอของรายได้ของท่าน
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
8. ท่านทราบว่า เป็นเบาหวานมานาน.....ปี.....เดือน
9. ตามปกติผู้ที่ทำอาหารให้ท่านรับประทานเป็นประจำได้แก่
 เตรียมด้วยตนเอง
 ผู้อื่นเตรียมให้
 ซื้ออาหารนอกบ้าน
10. สมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นโรคเบาหวาน (ญาติสายตรง คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย)
 ไม่มี มี ระบุ จำนวน คน 'ได้แก่'
11. ระดับน้ำตาลในเลือดของวันนี้.....มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

คำชี้แจง แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้คือ

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตรงกับข้อความนั้นทุกวัน
ปฏิบัติเกือบทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตรงกับข้อความนั้น 4-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางวัน	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตรงกับข้อความนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตามข้อความนั้น

ข้อความ	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ปฏิบัติบางวัน	ไม่เคยปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง เอ็มร้อยห้าสิบ บ่อยแค่ไหน					
2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา ไวน์ บ่อยแค่ไหน					
3. ท่านรับประทานผักบ่อยแค่ไหน					
4. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์ บ่อยแค่ไหน					
5. ท่านดื่มน้ำอัดลมบ่อยแค่ไหน					
6. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูปบ่อยแค่ไหน					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ เกือบ ทุกวัน	ปฏิบัติ บางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	หมายเหตุ
7. ท่านปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันปาล์ม น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันงา บ่อยแค่ไหน					
8. ท่านปรุงอาหารด้วยน้ำมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ บ่อยแค่ไหน					
9. ท่านรับประทานขนมปังบ่อย แค่ไหน					
10. ท่านรับประทานเค้กบ่อย แค่ไหน					
11. ท่านรับประทานผลไม้หวาน เช่น ขนุน ทูเรียน มะม่วงสุก องุ่น สับปะรด มังคุด ลำไย บ่อยแค่ไหน					
12. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ ติดมัน เช่น หมูเนื้อแดง เนื้อไก่ไม่ มีหนัง เนื้อปลา กุ้ง บ่อยแค่ไหน					
13. ท่านรับประทานอาหารไขมัน สูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู บ่อย แค่ไหน					
14. ท่านเติมน้ำตาลในอาหารที่ รับประทานแต่มี บ่อยแค่ไหน					
15. ท่านดื่มกาแฟใส่น้ำตาล (ไม่ใช่ น้ำตาลเทียม) บ่อยแค่ไหน					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ เกือบ ทุกวัน	ปฏิบัติ บางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	หมายเหตุ
16. ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่ หวานจัด เช่น ชมพู่ มะละกอ ฝรั่ง แอปเปิ้ล 6-8 ชิ้นค้ำหลังอาหาร บ่อยแค่ไหน					
17. ท่านรับประทานขนมหวาน หลังอาหารบ่อยแค่ไหน					



Christian University of Thailand

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

คำชี้แจง แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า การกระทำหรือพฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้น มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบ
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบเกือบทั้งหมด
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วย	หมายเหตุ
1. การรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง พุทรา จะทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
2. การดื่มกาแฟไม่ใส่น้ำตาลหรือใส่น้ำตาลเทียมจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
3. การไม่ดื่มน้ำอัดลมจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
4. การไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง เอ็มร้อยห้าสิบ ลิโพ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
5. การรับประทานอาหารจำพวกกะทิไม่แตกมันทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วย	หมายเหตุ
6. การไม่รับประทานน้ำมันที่ทำจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
7. การรับประทานอาหารที่มีแป้งน้อยลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
8. การรับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
9. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
10. เมื่อรับประทานอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
11. การไม่รับประทานขนมหวานหลังอาหารทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
12. การที่ควบคุมน้ำหนักตัวโดยการควบคุมอาหารได้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					
13. การรับประทานอาหารตามเวลาเข้ากลางวันและเย็น ไม่รับประทานอาหารจุกจิก ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

คำชี้แจง แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานว่าการกระทำหรือพฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้น มีอุปสรรคต่อการกระทำของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบ
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบเกือบทั้งหมด
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ตอบน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วย	หมายเหตุ
1. ท่านรู้สึกเบื่อหรือเครียดกับการต้องควบคุมอาหารทุกวัน					
2. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการเคลื่อนไหวทำให้เกิดความยุ่งยากในการเตรียมอาหาร					
3. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนทำให้เกิดความลำบากในการรับประทานอาหาร					
4. การรับประทานอาหารเป็นเวลาทำให้เกิดความยุ่งยากในแต่ละวัน					
5. ท่านรู้สึกเบื่อ / ไม่ชอบรสชาติอาหารที่จัดลงกว่าเดิม					
6. สมาชิกในครอบครัวไม่ช่วยเหลือท่านในการควบคุมอาหารเนื่องจากไม่ว่างต้องทำงาน / ไม่มีผู้ดูแล / ต้องอยู่คนเดียว					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็น ด้วย	หมายเหตุ
7. แม้ว่าได้ควบคุมอาหารอย่าง เข้มงวดแต่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้					
8. เมื่อต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์ทำให้ การควบคุมอาหารเป็นเรื่องลำบาก/ ยุ่งยาก					
9. การประกอบอาหารเบาหวานด้วย ตัวเองทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น					
10. การประกอบอาหารเบาหวานด้วย ตนเองทำให้เสียเวลาเป็นภาระ					
11. เป็นเรื่องยากลำบากสำหรับท่านที่ จะคุมน้ำหนักตัวด้วยการควบคุม อาหาร					
12. การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปที่มี รสหวานน้อยเป็นเรื่องยุ่งยาก					
13. เป็นเรื่องยุ่งยากในการซื้ออาหาร สำเร็จรูปที่ใช้น้ำมันจากพืช					

CTU



ภาคผนวก ง

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

Christian University of Thailand

แบบสัมภาษณ์ชุดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	N of Std Dev	Variables
SCALE	59.71	20.387	4.515	17

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ 1	55.86	19.420	.269	.728
ข้อ 2	55.86	18.832	.464	.717
ข้อ 3	56.60	17.365	.360	.719
ข้อ 4	55.94	18.997	.325	.723
ข้อ 5	56.00	19.000	.162	.738
ข้อ 6	56.29	18.504	.289	.725
ข้อ 7	55.80	19.518	.314	.727
ข้อ 8	55.83	19.323	.254	.728
ข้อ 9	56.14	17.714	.316	.724
ข้อ 10	55.89	18.810	.349	.721
ข้อ 11	56.54	16.903	.558	.697
ข้อ 12	56.34	17.761	.269	.731
ข้อ 13	56.14	18.303	.426	.715
ข้อ 14	55.89	17.398	.562	.701
ข้อ 15	56.03	17.264	.404	.713
ข้อ 16	57.74	19.373	.166	.735
ข้อ 17	56.54	17.608	.266	.733

Reliability Coefficients

N of cases = 35.0 N of Items = 17

Alpha = .734

แบบสัมภาษณ์ชุดการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	N of Std Dev	Variables
SCALE	43.89	56.869	7.541	13
Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ 1	40.06	50.997	.622	.851
ข้อ 2	40.17	49.617	.633	.848
ข้อ 3	40.00	51.765	.633	.852
ข้อ 4	41.00	43.235	.714	.839
ข้อ 5	41.40	45.776	.492	.860
ข้อ 6	41.20	43.812	.708	.840
ข้อ 7	39.91	56.257	.230	.867
ข้อ 8	40.26	48.961	.770	.843
ข้อ 9	40.80	44.047	.717	.839
ข้อ 10	40.29	48.269	.704	.844
ข้อ 11	39.89	56.869	.000	.868
ข้อ 12	41.23	48.711	.328	.873
ข้อ 13	40.43	48.840	.560	.851

Reliability Coefficients

N of cases = 35.0 N of Items = 13

Alpha = .862

แบบสัมภาษณ์ชุดการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	N of Std Dev	Variables
SCALE	22.49	52.434	7.241	13
Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ 1	20.46	39.491	.709	.733
ข้อ 2	20.46	48.491	.137	.798
ข้อ 3	20.31	47.457	.206	.791
ข้อ 4	21.17	50.676	.099	.791
ข้อ 5	20.77	43.711	.485	.761
ข้อ 6	20.94	50.644	.054	.799
ข้อ 7	20.91	46.904	.373	.772
ข้อ 8	20.11	42.045	.524	.756
ข้อ 9	21.31	48.810	.416	.773
ข้อ 10	21.34	50.879	.223	.783
ข้อ 11	20.77	39.593	.794	.726
ข้อ 12	20.51	41.081	.644	.742
ข้อ 13	20.74	41.550	.709	.738

Reliability Coefficients

N of cases = 35.0 N of Items = 13

Alpha = .782

CTU

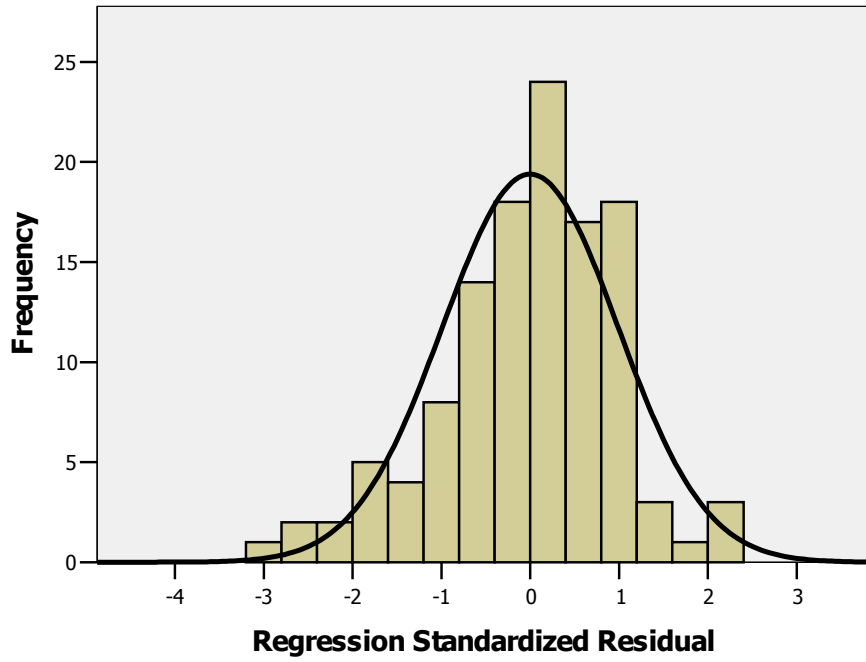


ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์ถดถอย
แบบพหุคูณทดสอบ โดยการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อน

Christian University of Thailand

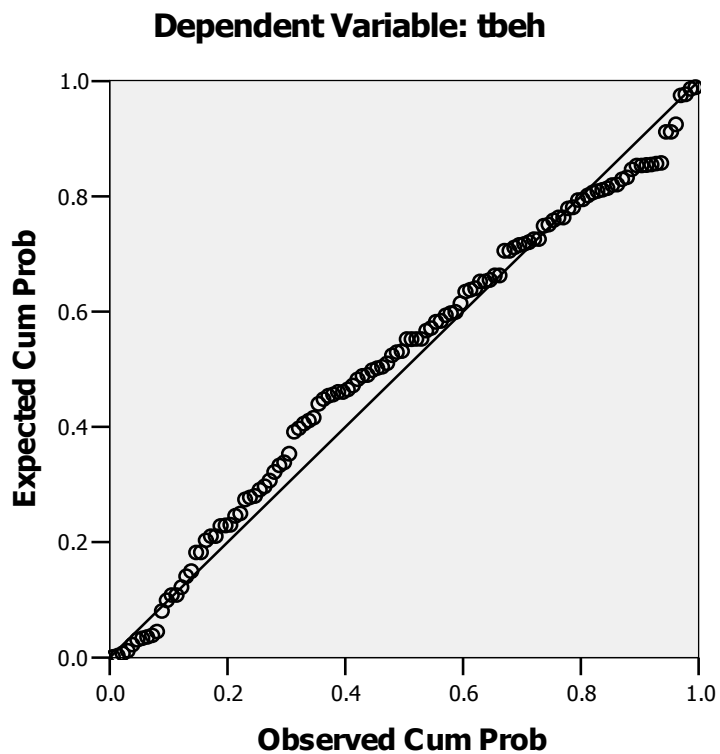
Histogram

Dependent Variable: tbeh



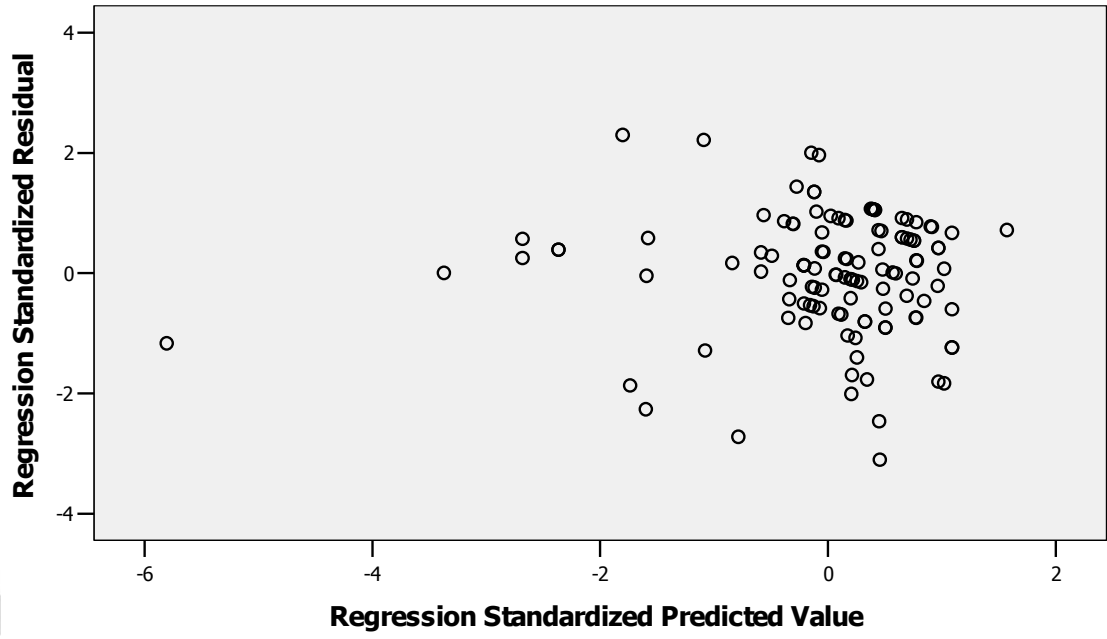
Mean = -1.9E-15
Std. Dev. = 0.987
N = 120

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot

Dependent Variable: tbeh



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสุภาภรณ์ อนุรักษอุดม
วัน เดือน ปีเกิด	1 ตุลาคม 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	โรงเรียนนาวิวุฒิจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2539 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2543
ประวัติการทำงาน	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 งานหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2543 – 2546 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2546 - ปัจจุบัน

Christian University of Thailand