

ปัจจัยคัศสรที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้



นางอรรรณ ทรัพย์วรฤทธิ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO HbA_{1c} LEVEL OF TYPE II
DIABETIC PATIENS IN SOUTHERN REGION



Mrs. Orawan Sapworarit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

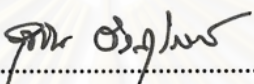
Chulalongkorn University

Academic Year 2006

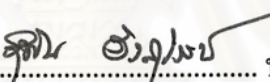
Copyright of Chulalongkorn University

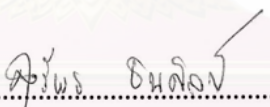
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่สอง ในภาคใต้
โดย นางอรรรณ ททรัพย์วรฤทธิ์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์

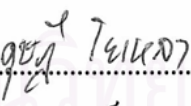
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. คุษฎี โยเหลา)

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (SELECTED FACTORS RELATED TO HbA_{1C} LEVEL OF TYPE II DIABETIC PATIENS IN SOUTHERN REGION) อ.ที่ปรึกษา: รศ.ดร. สุวีพร ชนศิลป์, 132 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง จำนวน 200 คน จากโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง ในภาคใต้ เลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด คือ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .67, .80, .60, .64, .67 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ส่วนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม อยู่ในระดับสูง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับสูง
2. พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคด้านปัจจัยร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ
3. ความเชื่อสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ได้ร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา...พยาบาลศาสตร์.....
ปีการศึกษา.....2549.....

ลายมือชื่อนิติศ.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777650436: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: EATING BEHAVIOR / EXERCISE BEHAVIOR / MEDICATION BEHAVIOR / HEALTH BELIEVE / HEALTH SERVICE UTILIZATION / SOCIAL SUPPORT / HbA₁C LEVEL

ORAWAN SAPW0RARIT: (SELECTED FACTORS RELATED TO HbA₁C LEVEL OF TYPE II DIABETIC PATIENS IN SOUTHERN REGION). THESIS ADVISOR: ASSOCIATE PROFESSOR SUREEPORN THANASIL, D.N.S., 132 pp.

The purposes of this research were study the relationships and predictors between eating behavior, exercise behavior, medication behavior, health believe, health service utilization, social support, and HbA₁C level . A random sample of 200 type II diabetic patients was obtained though a purposive sampling from four central hospital in southern region. Data were collected using six questionnaires: eating behavior, exercise behavior, medication behavior, health believe, health service utilization, and social support. Questionnaires were tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients the questionnaires were .67, .80, .60, .64, .67, and .83, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, pearson's product moment correlation and mutiple regression.

The major findings were as follows:

1. Eating behavior and exercise behavior of type II diabetic patients in southern region were at moderate level and medication behavior at high level. Health believe factor in perceived susceptibility, perceived benefits , motivation and cofactor were at high level and perceived severity was at moderate level and perceived barrier was at low level. Health service utilization and social support were at high level.

2. Eating behavior, medication behavior, health believe factor, perceived benefits, motivation and health service utilization were negative significantly related to HbA₁C level. Exercise behavior, health believe factor in perceived susceptibility, perceived severity, perceived barrier , cofactor and social support were not related to HbA₁C level.

3. Significantly predictors HbA₁C level of type II diabetic patients in southern region were health believe factor in perceived benefits ($\beta = .263, p < .05$), eating behavior ($\beta = .193, p < .05$) and medication behavior ($\beta = .143, p < .05$). The predictive power was 16% of the variance ($R^2 = 15.7 p < .05$).

Field of study.....Nursing Science.....

Academic year.....2006.....

Student's Signature..........

Advisor's Signature..........

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงได้ หากไม่ได้รับความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างค้ำมือของรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเมตตา และเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. คุณหญิง โยเหลา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ผู้กรุณาให้คำแนะนำโดยเฉพาะในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอขอบพระคุณหัวหน้างานผู้ปวยนอก ผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ปวยทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้างานผู้ปวยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ต้องทำงานหนักขึ้น ในขณะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และ ขอขอบคุณ คุณจรรยา ประจักษ์แสงศิริ ที่อยู่เคียงข้าง และให้กำลังใจเมื่อประสบปัญหา

ท้ายที่สุดขอขอบคุณ คุณสุพจน์ ค.ช.ปิติพันธ์ ค.ญ.ปัญญาพร ทรัพย์วรฤทธิ ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด....	18
2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน.....	28
3. แนวคิดวิทยาการระบาดของ Dever.....	30
4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ.....	31
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81

บทที่	ช หน้า
สรุปผลการวิจัย.....	82
อภิปรายผลการวิจัย.....	83
ข้อเสนอแนะ.....	89
รายการอ้างอิง.....	91
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	107
ภาคผนวก ค หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย.....	118
ภาคผนวก ง ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	127
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	129
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	131
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	132

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้	68
2	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้.....	71
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้.....	72
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้	72
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการรับประทานยา	73
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	74
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การใช้บริการสุขภาพ.....	75
8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคม	76
9	ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้าน สุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับ ฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ.....	77
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้าน สุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ.....	79
11	ความสามารถของตัวแปรในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ.....	81

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....

55



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อลดลง ในขณะที่โรคไม่ติดต่อ กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์, 2544) ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และในประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 1997) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2545 ระบุว่า ประเทศต่างๆ ที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก เขตตะวันออกเฉียงใต้ กำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านของงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มีอัตราการตาย ร้อยละ 49.7 ของจำนวนคนตาย และสัดส่วนการป่วยร้อยละ 42.2 ของจำนวนคนป่วย การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ทำให้พฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนเราเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกประเทศทั่วโลก มีรายงานจากองค์การอนามัยโลก (1995) ว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก จะเพิ่มมากขึ้นกว่าสองเท่า ในช่วงเวลา 25 ปีข้างหน้า หรือมีประมาณ 300 ล้านคน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา จะมีอัตราผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 หรือจำนวนผู้ป่วยโรคนี้จะเพิ่มขึ้นจาก 84 ล้านคน เป็น 228 ล้านคน ในช่วงปี พ.ศ. 2538 – 2568 ในขณะที่กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ในช่วงเวลาเดียวกัน จะมีผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 41 หรือจาก 51 ล้านคน เป็น 72 ล้านคน (King, Aubert & Herman, 1998) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยเบาหวาน 17 ล้านคนในปี ค.ศ.2002 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 22 ล้านคน ในปีค.ศ.2025 (Center For Disease Control and Prevention, 2002) ในประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าอีก 5 ปี จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะมีประมาณ 1,936.000 คน (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2542)

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อของระบบต่อมไร้ท่อ เป็นปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศ แม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้า ถึงสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค ตลอดจนวิธีการรักษาต่างๆ กันอย่างมากมายแต่ก็ยังไม่สามารถรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดได้ โรคเบาหวานเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมาก ทั้งผู้ป่วย และครอบครัว ในทุกๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม กิจวัตรประจำวัน ซึ่งภาวะการเจ็บป่วย และการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป ต้องทำใจยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้น บางรายไม่สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิต และยอมรับผลกระทบดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรังตามมา (Puavilai, และคณะ, 2000; Choe และคณะ, 2001) เช่น ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำ

เกินไป ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม และโรคหัวใจ / หลอดเลือดแดง สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางกาย พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนาน 3 ปี และในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่เป็นโรคนาน 10 ปี จะพบอัตราการเสื่อมของจอตาถึงร้อยละ 55 (Klien, 1997) พยาธิสภาพที่ไตจะเกิดการเสื่อมของหน่วยไตจนกระทั่งเกิดไตวายร้อยละ 40 (สุชาติ ปิณณะแถม, 2540) พยาธิสภาพที่ระบบประสาท พบว่ามีการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย จากการศึกษาของ Flveback, Palumbo และ Whisnant (1978) ซึ่งได้ติดตามผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 995 คน ในเวลา 20 ปีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1945 – 1965 พบว่ามีการเสื่อมของประสาทส่วนปลายร้อยละ 4 หลังเป็นโรคเบาหวานนาน 5 ปี และมีการเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 เมื่อเป็นโรคเบาหวานนาน 20 ปี นอกจากนี้ พบว่า เม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีอายุสั้นลง เม็ดเลือดขาวเสื่อมหน้าที่ลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และโรคเบาหวานยังพบร่วมกับ ความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 38.4 พบการเป็นต่อกระจก และต่อหีนสูงถึง 2 – 3 เท่า ของคนปกติ (สุชาติ ปิณณะแถม, 2540) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ป่วยนานมากกว่า 2 ปี พบว่ามีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยพบในเพศชาย ร้อยละ 50 เพศหญิง ร้อยละ 35 (Drake, Monahan และ Neighbors, 1994) ซึ่งการมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ถือเป็นอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบถึงร้อยละ 13.4 โดยจำแนกเป็น ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงร้อยละ 34.6 ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 10.1 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 7.8 ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องตัดอวัยวะร้อยละ 1.9 ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างร่วมกันร้อยละ 11.7 และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆร้อยละ 24.6

การควบคุมความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีวิธีที่สำคัญ คือ การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การกินยาเม็ด หรือการฉีดอินซูลิน เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด จะเห็นได้ว่า การควบคุมโรคเบาหวานนั้น ผู้ป่วยเป็นบุคคล ที่มีความสำคัญที่สุด ที่ต้องรับผิดชอบต่อตนเอง ในการดูแลรักษาสุขภาพ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว โดยปรับให้เหมาะสมกับปัญหา และสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตของแต่ละคน หากผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ดี จะทำให้ควบคุม โรคเบาหวานได้ ส่งผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง (วรรณิ นิธิยานันท์, 2533) การดูแลตนเองเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ในการพึ่งพาตนเอง เป็นความสามารถที่มีผลจากประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของบุคคลเพื่อสุขภาพความเป็นอยู่ และดำรงไว้ซึ่งชีวิตของบุคคลนั้น

จากรายงานสรุปของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายสำคัญอย่างหนึ่งของประเทศ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2545 เฉลี่ย 187,141 คน คิดเป็น อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 340 คน จำนวนผู้ป่วยเบาหวานตาย 7,665 คน คิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 12.3 ในขณะที่สถานการณ์โรค

เบาหวานในภาคใต้พบผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย 2,310 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 402.24 คน จำนวนผู้ป่วยเบาหวานตาย 655 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 9.4 คน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2547) จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แสดงให้เห็นว่าการควบคุมโรคเบาหวานยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด โดยได้รับการเจาะเลือด หลังงดอาหาร 8-12 ชั่วโมงเท่านั้น ไม่ได้รับการประเมินระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ซึ่งเป็นการประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และสามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม หรือวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และถูกต้อง แม้ว่าจะมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมากมาย ซึ่งอาจเกิดจากการดูแลตนเอง การให้ข้อมูลที่ไม่ครอบคลุมถึงสาเหตุที่เฉพาะเจาะจงตามวัฒนธรรม บริบท วิถีชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีของภาคใต้

ภาคใต้เป็นส่วนหนึ่งของประเทศไทยที่มีลักษณะพื้นที่ ทรัพยากร และสภาพสังคม วัฒนธรรมที่ต่างจากภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ (อาคม ใจแก้ว และประจัน มณีนิล, 2532) ความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม อาจทำให้การดำเนินชีวิตของประชาชนในภาคใต้ต่างจากภาคอื่น รวมถึงความเชื่อดั้งเดิมของแต่ละท้องถิ่น เป็นต้นว่า เชื่อในพิธีกรรมต่างๆ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และไสยศาสตร์ ทำให้มีการนำการดูแลสุขภาพ ที่ถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ มาผสมผสานกับการดูแลในเชิงวิทยาศาสตร์ (สุภาพ พัสอ่อง, 2537) และมีการถ่ายทอดพฤติกรรมเหล่านี้มาจากบรรพบุรุษอย่างเคร่งครัด แม้ว่าการนิยามเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงได้ตามยุคสมัย (ขนิษฐา นาคะ, 2540) ความเชื่อ จึงเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ในการกระทำให้สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ไม่ว่าจะความเชื่อนั้นจะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ดังนั้นการมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในผู้ป่วยเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540; ศิริพร ปาระมะ, 2545) ประชาชนในภาคใต้บางส่วน ใช้ความเชื่อทางไสยศาสตร์ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาเป็นส่วนร่วมในการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เช่น การเจ็บป่วย มาจากกระทำผิดต่อสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ก็จะทำให้พระสงฆ์รดน้ำมนต์ เพื่อสะเดาะเคราะห์ หรือสวดมนต์เพื่อขอมาที่ล่วงเกินสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ, 2536) การดำเนินชีวิตของชาวบ้านยังมีความเชื่อในสิ่งที่อยู่เหนือเหตุผลอยู่มาก (จริน ศิริ, 2531) ความเชื่อในอำนาจเร้นลับสามารถที่จะช่วยรักษาความเจ็บป่วยได้ (ชนายุทธ มณีช่วง, 2537) ดังนั้นความเชื่อทางสุขภาพ ส่งผลถึงพฤติกรรมดูแลตนเองน่าจะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่างกัน

ความเป็นอยู่ในสภาพเศรษฐกิจที่ต่างกันของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในเมือง และชนบท ส่งผลถึงการดำเนินชีวิตเช่นกัน สังคมชนบทมีเศรษฐกิจตกต่ำ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 38.75 ประมงร้อยละ 24.28 (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) จากการสำรวจสถานะของประชากรไทยในภาคใต้ พบว่า ประชาชนในชนบทมีฐานะยากจนกว่าในเมือง มีรายได้น้อยต่อครัวเรือน 171,142 บาท ต่อปี ซึ่งปัญหาความยากจนจะมีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ในขณะเดียวกัน ในเขตสังคมเมืองจะเจริญทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ค่าครองชีพสูง ประชาชนต้องรีบเร่งในการประกอบอาชีพ จนทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร ความรีบเร่งทำให้ต้องรับประทานอาหารจานด่วน ซึ่งมีคุณค่าทางอาหารไม่เหมาะสม จากการศึกษาองค์ประกอบของอาหารจานด่วนในภาคใต้ พบว่า อาหารพื้นเมือง เช่น ขนมจีน ข้าวราดแกงซี่เหล็ก ข้าวราดแกงหอยแครง เต้าหู้ มีสัดส่วนของไขมัน และคาร์โบไฮเดรต ที่สูง (อโนชา ตั้งโพธิธรรม, 2539) ธรรมเนียมการกินของชาวใต้ รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ คือมื้อเช้า และมื้อเย็น (สุวิงค์ พงษ์ไพบูลย์, 2540 อ้างถึงใน ศรีพร ชุมศรี, 2549) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 5 มื้อ ส่วนใหญ่รับประทานข้าวสวยกับกับข้าว เป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ และขนมหวานหรือผลไม้เป็นอาหารว่าง 2 มื้อเป็นประจำ ชอบรับประทานอาหารทะเล ขาหมู หมูสามชั้น (นิตยา ไกรวงศ์, 2536) การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมโดยละเลยการกินยาให้ถูกต้อง (วิลาวัลย์ ผลพลอย, 2538) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ประกอบอาชีพประมง ต้องออกทะเลเป็นระยะเวลานาน ขาดการวางแผนการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหยุดยารับประทานด้วยตนเอง จากการสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิการปี 2546 ด้านการออกกำลังกาย ในภาคใต้ พบว่ามีประชากรเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ธิดารัตน์ ทราชทอง, 2547) อาจเป็นเพราะมีความเชื่อว่าการทำงาน ได้เหงื่อเป็นการออกกำลังกาย มีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ในเรื่องการออกกำลังกายนาน 20 – 30 นาทีต่อครั้งซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงระดับน้ำตาลในเลือด

นอกจากนี้ยังมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 52 ระบุว่า “ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติ บริการสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ” ในมาตรา 82 กล่าวว่า “รัฐต้องจัด และส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” ในภาคใต้หลังการปฏิรูปสุขภาพ แม้จะมีการขยายงานของระบบสาธารณสุขแผนใหม่สู่ประชาชนให้ทั่วถึงด้วยวิธีการใดก็ตาม ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้ทั่วถึง และไม่สามารถตามทันปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปดังกล่าวข้างต้น เนื่องจากประชาชนในชนบทไม่ใช้บริการที่สถานีอนามัย (กรรณิการ์ แก้วเพชร, 2546) ครัวเรือนที่ยากจน 1 ใน 3 ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ศิริรัตน์ ชานรณานนท์, 2543) ประชาชนในภาคใต้บางส่วนไม่ค่อยยอมที่จะมารับบริการทางการแพทย์ จากสถานพยาบาลต่างๆ โดยให้เหตุผลต่างกัน (จำเรียง กุระมะสุวรรณ, 2536) ความ

เชื้อ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมกับทางราชการ การสาธารณสุขมูลฐาน (ณัฐพงศ์ เทพจารี, 2534) และวิธีการรักษาที่ต่างกัน (โยชิน บุญเฉลย, 2534) แม้ว่าจะเข้าถึงสถานบริการได้สะดวก การใช้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่จำเป็นในการรับการตรวจรักษา การประเมินภาวะสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด

สังคม เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม (บงกช เชื้อวชาญยนต์, 2533) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (นวกรณ์ คำแสงสวัสดิ์, 2543) ความรู้สึกว่าเป็นภาระ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา, 2545) ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน ด้านสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจน สัมพันธภาพทางสังคม มีผลให้เกิดการยอมรับในสังคม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Cohen และ Wills, 1985) จากการเสริมสร้างศักยภาพ และพัฒนาภูมิภาค ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ทำให้มีการนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามา มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว และสังคมเป็นรูปแบบต่างคนต่างอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะแตกต่างจากสังคมชาวได้ในยุคก่อน ผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้อาจขาดแรงจูงใจจากครอบครัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การจะประเมินว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีหรือไม่นั้น ต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีหลายวิธี แต่ที่นิยมใช้กันโดยทั่วไปคือ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (fasting plasma glucose) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว ราคาถูก และใช้วินิจฉัยโรคเบาหวานได้ แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลที่ผ่านมาในระยะยาวได้ (วิทยา ศรีดามา, 2545) ดังนั้นการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีนี้ จึงไม่สัมพันธ์กับการควบคุมโรค (เทพ หิมะทองคำ, 2547) การประเมินระดับน้ำตาลที่มีประสิทธิภาพต่อการควบคุมโรคเบาหวานที่นิยม คือ การตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ซึ่งเป็นการตรวจหาการเปลี่ยนแปลงของฮีโมโกลบิน ด้วยวิธีไม่อาศัยเอนไซม์ (nonenzymatic) จากปฏิกิริยาระหว่างฮีโมโกลบินและกลูโคส อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดภาวะฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะนี้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Mayfield & Havas, 2004) ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2005) เสนอแนะว่า ควรตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพราะฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ เป็นดัชนีที่บอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว ใช้ประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และเป็นค่าที่บ่งชี้ถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดี แต่ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานของภาคใต้นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ส่วนการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะยังมีข้อจำกัด จึงไม่มีรายงานที่เป็นเอกสารชัดเจน

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงระดับปกติ เป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Germain และ Nemchick, 1988; Coates และ

Boore, 1995) ซึ่งการจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นอย่างดี สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม โดยต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (สุนันทา อยู่พะเนียด, 2544) แต่จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) พบว่ามีผู้ป่วยไม่ถึงร้อยละ 3 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า ปัญหาเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องการการแก้ไข เนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพปัจจุบันเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อม โดยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (Primary care) ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ (สุนทราวดี เรียรพิเชฐ และอุไร หัตถกิจ, 2544) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ซึ่งเป็นการประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติกรพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในยุคที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองนั้น ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน ในบางปัจจัย เช่น การศึกษาของ อุไรวรรณ โพรังพนม (2545) ซึ่งศึกษาผลของการร่ำรวยเงินซึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง พบว่าการออกกำลังกายด้วยการร่ำรวยเงินซึ่ง ลดระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานลงได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Pairum Tansakul (2000) และ Onuma Keawkerd (2002) ที่พบว่า การออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง พรพิศ ชีวะคำณวน (2535) ศึกษาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างจากการศึกษาของ Griffith, Field และ Lustmas (1990) Onuma Keawkerd (2002) และสมคิด สีหสิทธิ์ (2546) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นว่า ปัจจัยบางตัวยังมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันรวมทั้งปัจจัยด้านการใช้บริการ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ แต่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยครั้ง อาจเป็นเพราะรูปแบบการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับความต้องการ หรือธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละคน (ถาวนา กิรดิยดวงศ์, 2544) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในส่วนที่มีความไม่สอดคล้องกัน และเพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ และในบริบทของภาคใต้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการรับประทาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่

สองในภาคใต้ โดยใช้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเป็นค่าวัดระดับน้ำตาลในเลือด และอำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าว โดยใช้แนวคิดวิทยาการระบาดของ Dever (1991) และเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อนำองค์ความรู้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีมาตรฐาน และมีความสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในภาคใต้ดังกล่าวข้างต้น เพื่อส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ปัญหาการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมกันทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

แนวคิดเหตุผล และสมมติฐานของการวิจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ เป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมการดำเนินของโรค และป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก

เมื่อหน้าย ท้อแท้ จึงต้องมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวโดยคำนึงถึง บริบทโดยรวมของการดำเนินชีวิตร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดวิทยาการระบาดของ Dever (1991) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมี 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Human biology) ได้แก่ พันธุกรรม (Genetic inheritance) วุฒิภาวะและความสูงอายุ (Maturation and aging) และความซับซ้อนของระบบภายใน (complex internal systems) 2) แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น การออกกำลังกาย การสันทนาการ แบบแผนการบริโภค เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยา การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ และปัจจัยเสี่ยงจากงานอาชีพ 3) ปัจจัยทางระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) หมายถึง ความพอเพียง คุณภาพ และจำนวนของแหล่งบริการอื่น ได้แก่ โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพอื่นๆ และยา ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบคลุมในด้าน การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู 4) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 3 มิติ คือ มิติทางกายภาพ มิติทางสังคม และ มิติทางจิตวิทยา ด้านมิติทางสังคมและจิตวิทยา ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การรวมกลุ่ม การอยู่คนเดียว และการแลกเปลี่ยนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาตามแนวคิดของ Dever (1991) ใน 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต เลือกศึกษาการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันซึ่งครอบคลุมในพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการรับประทานยา ปัจจัยทางระบบการดูแลสุขภาพ ศึกษาการใช้บริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเลือกศึกษามิติทางจิตวิทยาและสังคม โดยนำแนวคิดด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พฤติกรรมรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ในการรักษาโรคเบาหวาน การเลือกรับประทาน อาหารอย่างถูกต้อง ในปริมาณที่เหมาะสมตามหลักอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน อาหารที่ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดจำนวนและความเหมาะสมในการบริโภค การรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ในภาคใต้ เป็นไปตามลักษณะของภูมิภาค ซึ่งมีความอุดมสมบูรณ์ด้านทรัพยากรทางน้ำ อาหารประจำท้องถิ่น ความรีบเร่งเพื่อทำงานหาเลี้ยงปากท้อง การศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ ตันติพลับทอง (2548) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ด้านการรับประทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในระดับต่ำ โดยเติมน้ำตาล หรือนมข้นหวานในชา กาแฟ รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดเมื่อรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง รับประทานอาหารประเภทแกงกะทิ เนื้อติดมัน และอาหารทอด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวหากปฏิบัติเป็นระยะเวลาานาน จะส่งผลถึงระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ สอดคล้องกับการศึกษา

ของ วินธนา คูศิริสิน (2545) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการที่ไม่ดี ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการศึกษาของ พรพิศ ชีวะคำนวน (2535) ที่พบว่า การควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองร้อยละ 12 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว (Bloomgarden, 1996) ดังนั้น การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมตามหลักการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน จะมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งในผู้ที่มิสุขภาพปกติ และผู้ป่วยที่เป็นโรค สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดน้ำหนัก ลดไขมันที่เกาะตามร่างกาย ลดความดันโลหิต ป้องกันระบบหัวใจและหลอดเลือดและทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อ ในการตอบสนองต่ออินซูลิน และการออกกำลังกาย เป็นการช่วยนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ มีการเพิ่มอัตราการใช้กลูโคสมากกว่าการผลิตกลูโคส จึงทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลง(บุญส่ง องค์กรพัฒนาคุณ, 2545: 93; ADA, 2002: S 55-64; Lemone และ Burke, 2000: 448) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546) และอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ และจากการศึกษาของ ADA (2002: S66) พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองจะทำให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง ผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากในภาคใต้มีฝนตกเกือบตลอดปี (ประทุม ชุ่มเพ็งพันธ์, 2544) การประกอบอาชีพของประชาชนในภาคใต้ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประมง รับจ้าง ซึ่งต้องใช้แรงงาน ทำให้เข้าใจว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย ดังการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ ดันดีพลับทอง (2548) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี พบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในเรื่องการออกกำลังกายนาน 20 – 30 นาที ต่อครั้ง และพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ โพร้งพนม (2545) Pairum Tansakul (2000 อ้างถึงใน สมคิด สีหสิทธิ์, 2547; อรุณี รัตนพิทักษ์ และคณะ 2536) ที่พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม จะมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำ

พฤติกรรมกรับประทานยา การรับประทานยาที่ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลาและสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ(วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, 2540: 259-261) โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมา (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2542: 1-2) แต่การมีพฤติกรรมกรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จากการประกอบอาชีพที่รับแรงให้ทันกับสภาพภูมิอากาศ (ประทุม ชุ่มเพ็งพันธ์, 2544) รอให้ถึงวันที่แพทย์นัด ผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้จึงขาดยา ปรับขนาดยาเอง จากการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ ตันตพิลับทอง (2548) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมกรดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี มีพฤติกรรมหยุดยารับประทานด้วยตนเอง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด สีหสิทธิ์ (2547) พบว่า การรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวาน และวินธนา คูสิริสิน (2546) ซึ่งพบว่า การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ หรือปรับขนาดของยาเอง เพิ่มโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 5.5 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการมีพฤติกรรมกรรับประทานยาที่เหมาะสม น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมกรรับประทานยาที่ถูกต้อง ตามหลักการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับฮีโมโกลบินต่ำ

ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลซึ่ง ฝังแน่นอยู่ในความ นึกคิด ความเข้าใจ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2534) เป็น การรับรู้หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อสุขภาพของตนเอง ในด้าน การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วม ที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ดังนั้นความเชื่อจึงเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะกำหนดแนวโน้มการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ให้สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ทั้งที่ความเชื่อนั้นจะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม ความเชื่อ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เป็นความรู้สึกของผู้ป่วย ต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่นๆ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น หรือเกิดเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่นๆได้ง่าย กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) พบว่า ผู้ป่วยที่มี

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง จะมีกิจกรรมการดูแลตนเองที่ดี

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แม้ว่าบุคคลนั้นจะรู้ว่าตนเองมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่พฤติกรรมอนามัยจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่า โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และจะทำอันตรายให้แก่ร่างกาย หรือส่งผลกระทบต่อบทบาทของตน เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาการเจ็บป่วยมากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า เมื่อบุคคลตระหนักหรือรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยต่างกัน เช่น ตัดสินใจไม่อะไรเลย ซ้อมารับประทานเอง ใช้จ่ายกลางบ้าน นอนพัก หรือไปหาบุคลากรทางสาธารณสุข

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาว่า สามารถควบคุมโรค หรือลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้น นิตยา ภาสุนันท์ (2530) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ หรือโทษ เกิดจากการกระทำที่เลือกแล้วว่าดีกว่าวิธีอื่น กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในระดับมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับกิจกรรม หรือปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค ดังการศึกษาของสุพุมล แสนพวง (2543) ที่ศึกษาการรับรู้อุปสรรค ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 38.3

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นความแตกต่างของอารมณ์ในแต่ละบุคคล สามารถวัดออกมาในรูปของความตั้งใจ หรือความต้องการที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมโรค และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี จากการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Connolly (1987) ที่ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองตามกระบวนการของชีวิต และดำรงรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการทำงานที่ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

6. ปัจจัยร่วม นอกจากปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนตัว

ผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ยังคงมีความคิดว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่รุนแรง เนื่องจากไม่มีอาการแทรกซ้อนแสดงให้เห็น แม้ว่าจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในทุกๆด้านที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม ศิริพร ปาระมะ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล จังหวัดลำพูน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) และกรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน มีเป้าหมายเพื่อควบคุมโรคไม่ให้ความรุนแรง โดยรักษาระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ผู้วิจัยจึงคาดว่า การมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน น่าจะสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ คือผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเชื่อด้านสุขภาพเหมาะสม จะมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำ

การใช้บริการสุขภาพ คือ การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง (จินตนา สิริบุษิกะ, 2538) การใช้บริการสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการประเมินการควบคุมโรค โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ได้รับการปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน จากข้อมูลสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2546 (สสส.) พบว่าประชาชนมีอาการเจ็บป่วยในรอบเดือนหนึ่งๆ คิดเป็นร้อยละ 18.7 การปฏิบัติที่ประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ ไปคลินิก หรือศูนย์บริการสาธารณสุข จากการประเมินผลโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พ.ศ.2545ในภาคใต้ (สวรรส.เครือข่าย 4 ภาค) พบว่าประชาชนมีอาการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 9.2 การปฏิบัติที่ประชาชนในภาคใต้เลือกใช้ คือ การซื้อยาไปรับประทานเอง ซึ่งมีอัตราสูงถึงร้อยละ 28.3 นอกจากนี้ประชาชนยังชอบไปสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าไปใช้บริการของรัฐ แม้ว่าจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม ลักษณะของประชาชนผู้ให้บริการด้านปัจจัยนำ คือ ปัจจัยด้านโครงสร้าง ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ (Aday และ Andersen, 1975) ในภาคใต้ การใช้บริการสุขภาพ มีผลต่อเนื่องจากความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับชาวไทยบางส่วนในภาคใต้ที่ไม่ค่อยยอมรับบริการทางการแพทย์ จากสถานพยาบาล โดยให้เหตุผลแตกต่างกัน (วรรณภา กุมารจันทร์, 2543) ความเชื่อจากภูมิปัญญา ซึ่งเชื่อว่า ยาหม้อใหญ่ หรือยาปับสามารถรักษาโรคได้ทุกโรค (สุธิวงศ์ พงศ์ไพบูลย์, 2540 อ้างถึงใน ศิริพร ชุมศิริ, 2547) พรหมศิริ อำไพ และพนพัฒน์ โตเจริญวานิช (2549) ตำรวจพฤติกรรมการใช้บริการด้าน

สุขภาพในชุมชนกึ่งชนบท ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่ พบว่า ประชากรเลือกการพักผ่อนรักษาด้วยตนเอง ซื่อyarับประทานเอง ใช้สมุนไพรพื้นบ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.7 ทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน และคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอำเภอ เบตง จังหวัดยะลา พบว่ามีผู้ป่วยเลือกการรักษาด้วยการซื่อyarับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 7.48 การใช้บริการสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรักษา การรับคำแนะนำ การดูแลตามสภาพปัญหาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเช่นกัน จากการศึกษาของ Harris (2001) พบว่า การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองวัยผู้ใหญ่ มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้น การใช้บริการสุขภาพน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จะได้รับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การปรับการรักษา ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งทางตรง และทางอ้อม เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการกระทำการดูแลตนเอง ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติของชีวิต โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย หรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่นทำให้บุคคลรับรู้ ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง (จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์, 2541) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง (Lang, 1993) สถานภาพ และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1995: 285) ครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญ ต่อการรักษา และฟื้นฟูในด้านจิตสังคม และมีผลต่อเนื่องไปถึงสุขภาพด้วย (Cohen และ Syme, 1985) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ มีความเครียด (พรนภา ทรัพย์นุช, 2540) และความเครียดจะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน ไทรอกซิน โกรทฮอร์โมน และกลูโคคorticoid ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้ จะยับยั้งการทำงานของอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ในภาคใต้จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป สมาชิกในบ้านต้องรีบเร่งในการทำงานเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความเครียด น้อยใจ การศึกษาของ ทวีวรรณ กิ่งโคกรวด (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมจิตต์ สกฤพันธุ์ (2535) จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) สุภาภรณ์ ค้างแพง (2531) และอัจฉรา โอประเสริฐ

สวัสดิ์ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึง คาดว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของ น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจ รู้สึกได้รับความรัก ความใกล้ชิด อบอุน ความเครียดลดลง ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจทำนายของปัจจัยที่คัดสรรได้แก่ พฤติกรรมการรับประทาน อาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งมีอายุ 25-59 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจเฉพาะโรค โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราช

นครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มประชากรไว้ดังนี้ ไม่เป็นโรคเลือด โรคตับ โรคไต หรือมีภาวะซีด ถ้าเป็นเพศหญิงต้องไม่ตั้งครรภ์ เนื่องจากจะทำให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งมีอายุ 25-59 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจเฉพาะโรค โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจง ในการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติในการควบคุมอาหารตามหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อาหารที่ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดจำนวน และความเหมาะสมในการบริโภคในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการดูแลตนเอง ของ ศิริพร ปาระมะ (2545) และแบบสอบถามการดูแลตนเองด้านโภชนาการของ วินธนา กุศิริสิน (2546) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมมาก

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายที่เป็นการใช้พลังงานนอกเหนือจากงานอาชีพ และเป็นการกระทำที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นการทำที่สม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 20-30 นาที ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ของทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด (2540) พงษ์ศักดิ์ ดันดีพลับทอง (2548) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายเหมาะสมมาก

พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง วิธีปฏิบัติในการรับประทานยา การใช้ยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ประเมินได้จากแบบ สอบ

ถามพฤติกรรมการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการดูแลตนเองด้านการรับ ประทานยา ของ ทวีวรรณ กิ่งโคกรวด (2540) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยา เหมาะสมมาก

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมโดยมีความหมายในแต่ละด้านดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึก ความคิด ของผู้ป่วยเบาหวานว่า ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่นๆ ได้ง่าย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า โรคเบาหวานเป็น โรคที่มีความรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย การทำงาน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย

3. การรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีต่อผลของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันว่า สามารถป้องกันภาวะ แทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ลดความรุนแรงของโรค และควบคุมอาการของโรคได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเบาหวาน เกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน ในการที่จะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนการควบคุมและลดความรุนแรงของโรค

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจ ที่ผู้ป่วยเบาหวานให้กับสุขภาพ ของตนเอง ความตั้งใจ ขอมรับ และร่วมมือในการรักษา

6. ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น ความเชื่อถือในแผนการรักษาของแพทย์ ความเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว การได้รับบริการสุขภาพที่ดี

ความเชื่อด้านสุขภาพ ประเมินจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) และ ศิริพร ปาระมะ (2545) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมแต่ละด้านมาก หมายถึงการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านนั้นอยู่ในระดับสูง

การใช้บริการสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติที่ผู้ป่วยเบาหวานกระทำให้ในการสนองตอบต่อความเจ็บป่วย หรือสุขภาพ ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ

Mechanic (1978) Aday และ Anderson (1979) คะแนนรวมมาก หมายถึงการใช้บริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านอารมณ์ที่ครอบคลุมในเรื่องความใกล้ชิดผูกพัน ความสนิทสนม ความเป็นกันเอง ความรู้สึกอบอุ่นใจ และความไว้วางใจ ประเมินจาก แบบ สอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจาก แบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด (2540) และสมคิด สีหสิทธิ์ (2546) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคะแนนรวมมาก หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ หมายถึง ระดับน้ำตาลที่เกาะฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่ได้รับการเจาะเลือดเพื่อหาระดับน้ำตาลที่เกาะฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงภายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เก็บตัวอย่างโดยการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำบริเวณข้อพับแขน ในช่วงเช้าที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยไม่จำเป็นต้องงดอาหาร ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการรายงานผลเป็นเปอร์เซ็นต์ ในคนปกติค่าจะอยู่ที่ 4-6% แต่สำหรับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน 7% คือเป้าหมายในการควบคุมโรค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีอำนาจการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้
2. สามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ ใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
3. ช่วยลดปัญหาสาธารณสุขและปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัยเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
3. แนวคิดวิทยาการระบาดของ Dever
4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

มีผู้ให้ความหมายของโรคเบาหวานไว้มากมาย ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า รวบรวม และนำเสนอ ดังนี้

กรมการแพทย์ (2533) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานว่า หมายถึง โรคซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติ ซึ่งในคนปกติจะมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ประมาณ 80-120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

Black และ Jacobbs (1993) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานว่า หมายถึง โรคที่เกิดจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ หรือไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อการเผาผลาญโปรตีน และไขมัน เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็ก และใหญ่ รวมทั้งระบบประสาทด้วย

คณะกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน แห่งชาติ (2538) ได้นิยามว่า เบาหวานเป็นกลุ่มอาการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากขาดอินซูลิน หรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง ถ้าอาการรุนแรง อาจเกิดภาวะคีโตอะซิโดซิส

American Diabetes Association (1993) ได้ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่า หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติของตับอ่อนในการผลิตอินซูลิน เป็นผลให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยมี

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8-12 ชั่วโมง มากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีอาการ ปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก กินจุ และน้ำหนักร่างกายลดลง

The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (2543 อ้างถึงใน ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2544: 26) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาวเกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปคำจำกัดความของโรคเบาหวานได้ว่า เป็นโรคซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีความผิดปกติของตับอ่อนในการสร้างอินซูลิน ส่งผลกระทบต่อการเผาผลาญโปรตีน และไขมัน เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็ก และใหญ่รวมทั้งระบบประสาทด้วย มีอาการปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก กินจุ และน้ำหนักร่างกายลดลง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8-12 ชั่วโมง มากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง

ประเภทของโรคเบาหวาน

ในปี 1998 คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัย และการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน ได้แบ่งประเภทของโรคเบาหวานตามสาเหตุของการเกิดโรคออกเป็น 4 ประเภท คือ เบาหวานชนิดที่หนึ่ง เบาหวานชนิดที่สอง เบาหวานชนิดอื่นๆ และเบาหวานที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ด้านอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานที่พบว่าสูงที่สุดคือ เบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งพบว่าสูงถึงร้อยละ 90 – 95 (Olson, 2000: 177) และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งที่เกิดกับหลอดเลือดแดงใหญ่ (Macrovascular) และหลอดเลือดแดงเล็ก (Microvascular) อาทิ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไต โรคตา และโรคปลายประสาทเสื่อม ทำให้เกิดความพิการและการตาย (สาธิต วรรณแสง, 2548: วัลลา ดันติโยทัย และอดิษฐ์ สงคี, 2540 ; American Diabetes Association, 2007) และ จากปัญหาการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากเบาหวานชนิดที่สอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอกล่าวถึงเบาหวานชนิดที่สองเท่านั้นเพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษา

เบาหวานชนิดที่สอง (Type II diabetes) เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม มักพบในคนอายุมากกว่า 33 ปี มีความผิดปกติที่สำคัญ 2 ประการ (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2544: 28; สารัชสุนทร โยธิน, 2545: 26) คือ

ประการแรก คือ มีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติ ในภาวะที่ร่างกายมีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน แต่มักไม่ทำให้เกิด

ภาวะคีโตอะซิโดซิส ทั้งนี้เพราะร่างกายยังพอมีอินซูลินอยู่ในระดับที่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้บ้าง จึงไม่สลายไขมัน และโปรตีน มาใช้เป็นพลังงาน ร่างกายจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่ง แต่เกิดภาวะวิกฤตจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากแทน (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma:HHNC)

ประการที่สอง คือ เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) คือ ภาวะที่รีเซพเตอร์ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลง ทำให้การใช้น้ำตาลทางกล้ามเนื้อลดลง หรืออินซูลินจับกับรีเซพเตอร์ได้ แต่มีความผิดปกติในการทำปฏิกิริยาในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ นอกจากนี้ยังมีการผลิตน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อยๆ คือ

1. ปัสสาวะบ่อย และมาก (polyuria) เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต คือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้น้ำตาลถูกขับออกทางปัสสาวะ และดึงเอาน้ำออกมาด้วย เนื่องจากเกิดออสโมติกไดยูเรซิส (osmotic diuresis) บริเวณท่อไต (renal tubular) น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มาก ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเท่าใด ก็ยิ่งปัสสาวะบ่อย และมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำรดน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง

2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก (polydipsia) เมื่อร่างกายเสียน้ำ เนื่องจากปัสสาวะบ่อย และมาก ศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำ (thirst center) ถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

3. หิวบ่อย กินจุ (polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ทำให้ขาดพลังงาน จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้เป็นพลังงาน เพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

4. น้ำหนักร่างกายลดลง (weight loss) เนื่องจากร่างกายต้องสลายไขมัน และโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อไปใช้เป็นพลังงานแทนกลูโคส ทำให้มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ และกล้ามเนื้อฝ่อลีบ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย น้ำหนักจึงลดลง

5. เป็นแผลง่ายแต่หายยาก เนื่องจากอัตราการสร้างโปรตีนลดลง ในขณะที่อัตราการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้น ทำให้การซ่อมแซมเนื้อเยื่อเกิดขึ้นช้า และอาจมีอาการเนื้องอกตามปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า เนื่องจากหลอดเลือดตีตัน และการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

6. คันตามผิวหนัง เนื่องจากผิวหนัง หรือเป็นเชื้อราบริเวณซอกอับของร่างกาย เช่น ขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ

7. ตาพร่ามัว ชาตามปลายมือปลายเท้า และความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากการเสื่อมของเส้นประสาท

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรงจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตาไต ระบบประสาทหัวใจและหลอดเลือด (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2548)

1. ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diabetic retinopathy) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะของการเป็นเบาหวาน การควบคุมโรค ตามสถิติ พบว่าหากผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมา 10 ปี จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 50 หรือหากเป็นเบาหวานมานาน 20 ปี โอกาสที่จะเกิดสูงถึงร้อยละ 90 และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดตาบอดได้มากที่สุด ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสตาบอดสูง เป็น 20 เท่าของคนปกติ

2. ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตได้มากที่สุด ร้อยละ 30-45 พบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ร้อยละ 20 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองมีสัดส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่หนึ่ง จึงพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง

3. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy) เกิดขึ้นได้ทั้งในระบบประสาทส่วนปลาย เส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง หรือระบบประสาทอัตโนมัติ โดยจะมีอาการชาบริเวณเท้า ไม่รู้สึกเจ็บ และไม่รับรู้ความร้อนเย็นที่ปลายเท้า และขาทั้งสองข้าง มีโอกาสสูญเสียเท้าได้มากกว่าคนปกติถึง 40 เท่า อาจมีอาการปวดศีรษะ เห็นภาพซ้อน สมรรถภาพทางเพศลดลง ในผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ตามลักษณะการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ไม่ทราบว่าเป็นเบาหวานตั้งแต่เมื่อไร จึงพบภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทถึงร้อยละ 20 และอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามระยะเวลาที่เป็น โดยจะพบได้ถึงร้อยละ 50 ภายหลังจากป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปี

4. ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ และหลอดเลือด คนที่เป็นเบาหวานจะเกิดการตีบตันของเส้นเลือดได้มากกว่าคนปกติ เนื่องจากมีระดับไขมัน การเกาะกลุ่ม และจับตัวของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด และการสลายลิ่มเลือดที่ผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อให้เกิดความผิดปกติในการบีบตัวและคลายตัวของหัวใจ จนเป็นเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association, ADA) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานไว้ดังนี้

1. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า ซึ่งหมายถึง การงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารแล้ว มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการ เช่น ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง คิมน้ำมาก น้ำหนักตัวลดมากกว่าปกติโดยไม่ทราบสาเหตุที่รับประทานอาหารมากกว่าปกติ อ่อนเพลีย คันตามผิวหนัง เป็นต้น

การรักษาโรคเบาหวาน

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานมี 2 กลุ่มใหญ่ คือ ยาเม็ดลดน้ำตาล และยาฉีดอินซูลิน

1. ยาเม็ดลดน้ำตาลมีอยู่ 3 กลุ่ม คือ ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (insulin secretagogues) ยาที่เพิ่ม insulin sensitivity (insulin sensitizer) และยาที่ลดการดูดซึมของกลูโคส (วิทยา ศรีดามา, 2545: 76 – 68)

กลุ่มที่ 1 ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (insulin secretagogues)

Sulfonylurea ใช้เมื่อรักษาโดยการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หรืออาจใช้พร้อมกับการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายตั้งแต่แรก ออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลินลด hepatic glucose output และเพิ่ม insulin sensitivity แต่การออกฤทธิ์ ส่วนใหญ่เกิดจากการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินโดยผ่านทาง sulfonylurea receptor ซึ่งเป็น ATP-dependence K⁺channel ที่ plasma membrane ของ beta cell ทำให้ cytosolic calcium เพิ่มขึ้น เป็นผลให้มีการหลั่งอินซูลิน

Non-sulfonylurea insulin secretagogues ออกฤทธิ์เร็ว มี half-life สั้นเพียง 1 ชั่วโมง ทำให้อุบัติการณ์ของน้ำตาลต่ำพบน้อย ออกฤทธิ์แบบเดียวกับ sulfonylurea ประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน เนื่องจาก half life สั้น จึงต้องรับประทานก่อนอาหารแต่ละมื้อประมาณ 15-30 นาที

กลุ่มที่ 2 ยาที่เพิ่ม insulin sensitivity (insulin sensitizer)

2.1 Biguanide ใช้เมื่อรักษาด้วยยากกลุ่ม sulfonylureas ขนาดเต็มที่แล้วไม่ได้ผล อาจให้ biguanides ร่วมด้วยเพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงยิ่งขึ้น (ไพบูลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, 2539: 28, Lemone และ Burke, 2000: 743) ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ใช้กลูโคสมากขึ้น ลดการดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหาร ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่อ้วน และรักษาด้วย sulfonylureas แล้วไม่ได้ผล (Lemone และ Burke, 2000: 743) ห้ามใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่หนึ่ง (ไพบูลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, 2539: 29)

2.2 Thiazolidinedione ออกฤทธิ์เพิ่ม insulin sensitivity โดยเพิ่มการ

ใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ และลดการสร้างกลูโคสจากตับ

กลุ่มที่ 3 ยาที่ลดการดูดซึมของกลูโคส ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Glucosidase ที่ผนังลำไส้ ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สำคัญต่อการย่อยสารอาหารประเภทแป้ง เดกตริน มอลโตส และซูโครส ให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคส ใช้ได้ผลดีต่อการลดระดับน้ำตาลหลังอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง อาจใช้เดี่ยวๆ หรือร่วมกับยาเม็ด และอินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่หนึ่ง มักใช้ร่วมกับการฉีดอินซูลิน (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 29 – 30) ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (Lemone และ Burke, 2000: 743)

2. ยาฉีดอินซูลิน ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับ และเพิ่มการใช้กลูโคส โดยเนื้อเยื่อปลายทาง เช่น กล้ามเนื้อ ไขมัน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ถ้าจำเป็นต้องใช้ยา ส่วนใหญ่ แพทย์นิยมเลือกใช้ยาเม็ดก่อนยาดูด เพราะสะดวกมากกว่า (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 29 – 30) แต่ถ้าใช้ยาเม็ดแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต้องเปลี่ยนมาฉีดอินซูลิน (Lemone และ Burke, 2000: 743) แต่ในบางกรณีก็ต้องฉีดตั้งแต่ต้น สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องรักษาโดยการฉีดอินซูลินตั้งแต่แรก และส่วนใหญ่ต้องฉีดวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่านั้นขึ้นไป (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 30)

จากการรักษาดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่หนึ่ง และชนิดที่สอง มีความแตกต่างกัน ในการเลือกชนิดของยาในการรักษา ซึ่งทำให้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันไปด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มนี้ มีสามารถปรับพฤติกรรม และจัดการกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด และหากสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะยาวได้ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะก็จะต่ำ ในระดับที่แปลความหมายว่าควบคุมโรคได้ คือ น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลักที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน เนื่องจากโรคแทรกซ้อนจะลดลง เมื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น เพราะฉะนั้นการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญยิ่ง (สารัช สุนทรโยธิน และวิทยา ศรีดามา, 2545: 255)

หลักสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถทำได้ ดังนี้ (วัลลา ดันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี, 2538: 257 – 265)

1. การควบคุมอาหาร เป้าหมายที่สำคัญในการควบคุมอาหาร คือ การป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ที่ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาแทรก

ซ้อนต่างๆ ตลอดจนเพื่อให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม และมีภาวะโภชนาการดี การที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้จะต้องมีการควบคุมทั้งจำนวนแคลอรีของอาหารที่ควรได้รับ ชนิด และปริมาณของอาหารแต่ละประเภทด้วย

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีผลต่อความสมดุลของแหล่งพลังงานในร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสได้มากขึ้น เนื่องจากมีการหลั่ง muscular activity factor (MAF) และ nonsuppressible – insulin like activity (NSILA) จากกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกาย insulin receptor ไวต่อกลูโคสมากขึ้น เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ระดับแคลเซียมในไซโทพลาสซึมของเซลล์สูงขึ้น ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น นอกจากนี้การมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนที่ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นร่วมกับหลอดเลือดฝอยขยายตัวในระหว่างที่ออกกำลังกาย จะทำให้อินซูลินไปสู่กล้ามเนื้ออย่างเพียงพอ แม้ว่าระดับของอินซูลินในกระแสเลือดจะต่ำก็ตาม (Vranic และ Berger, 1979; Koivisto, 1981 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, 2538: 259) การทำงานของกล้ามเนื้อยังทำให้ระดับอินซูลินในกระแสเลือดต่ำลง และมี Counter regulatory hormones คือ glucagon, catecholamine, cortisol และ growth hormone สูงขึ้น ในภาวะเช่นนี้จะทำให้มีการเคลื่อนย้ายไขมันจากเนื้อเยื่อมาใช้เป็นพลังงาน และกระตุ้นให้ตับสร้างกลูโคส โดยผ่านขบวนการ glycogenolysis และ gluconeogenesis มากยิ่งขึ้น (Koivisto, 1981 อ้างถึงใน วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, 2538: 259)

การออกกำลังกาย อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง หรือเพิ่มขึ้นก็ได้ ดังนั้นต้องเลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอายุ และการปฏิบัติของผู้ป่วยแต่ละคน และต้องเหมาะสมกับภาวะของโรคด้วย ปัญหาแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายที่ควรระวังคือ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป และมีสารคีโตนสะสมอยู่ในกระแสเลือด มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการฉีดอินซูลินในส่วน of ร่างกายที่ใช้ออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกายในช่วงที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด ไม่ออกกำลังกายหักโหมเกินไป ถ้าจำเป็นต้องเล่นกีฬาควรรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเสียก่อน

3. การช้ยา การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด มีความจำเป็นเมื่อร่างกายขาดปริมาณอินซูลินอย่างมาก หรือไม่สามารควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ยาที่ใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือดมี 2 ประเภท คือ ยาชนิดรับประทานและอินซูลิน ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดจากการช้ยาที่พบส่วนใหญ่ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป (Hypoglycemia) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับอินซูลิน ดังนั้นควรให้ผู้ป่วยพกน้ำตาล ทอฟฟี่ หรือขนมติดตัวเวลาเดินทางด้วย และที่บ้านก็ควรมีอาหารประเภทนี้อยู่ในที่ที่จะหยิบใช้ได้ง่าย

การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด สามารถทำได้จากอาการทางคลินิก เช่น อาการปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย อ่อนเพลีย ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ดังนี้ (วิทยา ศรีดามา, 2545)

1. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และปริมาณของอาหาร การออกกำลังกาย การใช้แรงงาน ภาวะเครียดของร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยจะไม่คงที่ การตรวจจึงสามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1.1 การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (plasma glucose) เป็นวิธีที่ใช้กันทั่วไปแบ่งเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (fasting plasma glucose) และการสุ่มตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (random plasma glucose) แต่เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การตรวจวิธีนี้จึงบอกระดับน้ำตาลในเลือดขณะที่ตรวจเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวได้

1.2 การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (self – monitoring of blood glucose) เป็นวิธีที่มักใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการการควบคุม อย่างเข้มงวด ด้วยเหตุผลที่ว่าระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดทั้งวัน จึงจำเป็นต้องมีการวัดระดับน้ำตาลวันละหลายครั้ง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ (portable glucose meter) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ตั้งครรภ์ หรือเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูงอายุ หรือมีภาวะไตเสื่อม ซึ่งการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะผลที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ และการตรวจด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมทั้งความสามารถในการตรวจ และฐานะทางเศรษฐกิจ

2. การตรวจหาระดับน้ำตาลสะสม เป็นการตรวจหาระดับน้ำตาลในระยะยาว สามารถตรวจได้ 2 วิธี คือ

2.1 การตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (glycates hemoglobin หรือ GHb หรือ HbA1C) เป็นการตรวจหาไกลโคสที่เกาะกับฮีโมโกลบินบนเม็ดเลือดแดง ซึ่งจะมีการเกาะอย่างถาวร เป็นการตรวจหาความเปลี่ยนแปลงของฮีโมโกลบินด้วยวิธีไม่อาศัยเอนไซม์ (nonenzymatic method) จากปฏิกิริยาระหว่างฮีโมโกลบิน และกลูโคส ดังนั้นถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ก็จะสูงตามไปด้วย การทดสอบนี้สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยตลอดช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีอายุประมาณ 120 วัน ดังนั้นการตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ จึงน่าเชื่อถือมากที่สุด (สุนทรี นาคะเสถียร, 2545: 123, โสภิตศิริปสาทรรัตน์, กาญจนาน บุญเรือง และวิทยา ศรีดามา, 2545: 309, Birch และ Greear, 1997:1962) โดยมีค่าปกติเท่ากับ 4 – 6 เปอร์เซ็นต์ และน้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ADA, 2005) อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดภาวะฮีโมโกลบินที่มีน้ำ

ตาลเกาะนี้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือด (plasma glucose) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ 5 เปอร์เซ็นต์ จะมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ประมาณ 90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และการเพิ่มขึ้นของฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ 1 เปอร์เซ็นต์ จะทำให้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Webb, และคณะ, 2002) การตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะค่านี้จะไม่เปลี่ยนแปลงไปโดยการรับประทานอาหาร การรับประทานยา หรือการออกกำลังกายในวันที่เจาะเลือด (อุไรวรรณ โพร้งพนม, 2545) เป็นดัชนีที่บอกถึงผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (อภิชาติ วิชญาณรัตน์, 2548) และสามารถบ่งชี้ถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้ดี โดยพบว่าการลดลงของค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะทุก 1 เปอร์เซ็นต์ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั่วไปได้ร้อยละ 21 ลดอัตราการตายจากโรคเบาหวานได้ร้อยละ 21 ลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 14 และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหลอดเลือดแดงเล็กได้ร้อยละ 37 (Stratton และคณะ, 2000) สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (2005) แนะนำว่าควรตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ และควรตรวจทุก 3 เดือน ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ แต่ค่าของฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ อาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้ หากตรวจในบุคคลที่เม็ดเลือดแดงถูกทำลายมีภาวะโลหิตจาง ไตวายเรื้อรัง และอาจสูงกว่าปกติในผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย หรือผู้ที่ตัดม้าม หญิงมีครรภ์ (วิรุณ วิรานูวัตต์ และกนกนาค ชูปัญญา, 2525: 199; สารัช สุนทรโยธิน และวิทยา ศรีดามา, 2545: 258)

2.2 การวัดระดับฟรุคโตซามีน (fructosamine) เป็นการตรวจค่าน้ำตาลสะสม ที่สามารถบ่งบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดช่วง 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ศิริรัตน์ พลอยบุตร และคณะ, 2548) เป็นค่าที่ได้จากการตรวจหาไกลโคสที่จับกับโปรตีนในเลือด มีความสำคัญในผู้ป่วยตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการแปลผลฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ในทางปฏิบัติ การตรวจวิธีนี้ ใช้เป็นการตรวจเพื่อคัดกรอง ถ้าค่าสูงแสดงว่าผู้ป่วยควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี แต่ถ้าหากค่าปกติควรตรวจฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเพื่อยืนยันระดับของการควบคุม

3. การตรวจปัสสาวะ เป็นวิธีที่ง่ายค่าใช้จ่ายน้อย และสามารถตรวจได้ด้วยตัวเอง แต่ไม่สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยตรง เพราะการมีน้ำตาลในปัสสาวะจะเกิดตามหลังภาวน้ำตาลในเลือดสูง และไม่สามารถบอกภาวน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ซึ่งระดับน้ำตาลในปัสสาวะขึ้นอยู่กับสภาพการทำงานของไต โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับไต พบว่ามีขีดจำกัดเกี่ยวกับการกรองของไต ทำให้ตรวจไม่พบปริมาณน้ำตาลในปัสสาวะ ทั้งที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการทำหน้าที่การกรองของไตเสียไป

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีการประเมินระดับน้ำตาลแตกต่างกันหลายวิธี ดังนี้

1. ประเมินด้วยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ เช่น การศึกษาของ เพลินพิศ ฐานิวัฒน์านนท์ (2544) ที่ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การศึกษาของ อุไร วินิจกุล (2544) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลลำปาง การศึกษาของ ศิริพร เพิ่มพูล (2547) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้โยคะ และการกำกับตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง และการศึกษาของ ประรติ โอภาสนันท์ (2542) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุเบาหวาน

2. ประเมินด้วยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า เช่น การศึกษาของ จารุณันท์ สมณะ (2541) ที่ศึกษาการสอนอย่างมีแบบแผน และการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาของ อภิรดี ปลอดในเมือง (2542) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการสนับสนุน และให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่สองที่ควบคุมโรคไม่ได้ การศึกษาของ อูรา สุวรรณรักษ์ (2542) ที่ศึกษาการเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. ประเมินด้วยระดับน้ำตาลในเลือดหลายวิธีควบคู่กันไป ได้แก่

3.1 ประเมินด้วยระดับน้ำตาลสะสม (fructosamine) ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า เช่น การศึกษาของ รุ่งระวี นาวิเจริญ (2542) ที่ศึกษาผลการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและพยาบาล

3.2 ประเมินด้วยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า เช่น การศึกษาของ ศรียา วัฒนพาหุ และ สนม สารานพ (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสระบุรี

3.3 ประเมินด้วยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะร่วมกับให้ผู้ป่วยประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองที่บ้าน เช่น การศึกษาของ ยุพิน ทองสวัสดิวงศ์ (2533) ที่ศึกษาผลของการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลเฉพาะทางและผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อภาวะควบคุมโรคและความพึงพอใจในชีวิต

3.4 ประเมินด้วยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าร่วมกับให้ผู้ป่วยประเมินระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตัวเองที่บ้าน เช่น การศึกษาของ จิตติมา จรูญสิทธิ์ (2545) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า การประเมินระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และระดับฮีโมโกลบิน

ที่มีน้ำตาลเกาะ ส่วนที่บ้านจะให้ผู้ป่วยประเมินระดับน้ำตาลในเลือด หรือระดับน้ำตาลในปัสสาวะ ด้วยตนเอง ซึ่งการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่นิยมทั้ง 2 วิธี มีข้อดี ข้อด้อยที่แตกต่างกัน คือ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า จะทำได้รวดเร็ว ราคาถูก แต่การตรวจด้วยวิธีนี้จะบอกระดับน้ำตาลในเลือดขณะที่ตรวจเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวได้ ส่วนการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ราคาค่อนข้างแพง และตรวจได้ช้ากว่า แต่สามารถบอกระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลังได้ประมาณ 3 เดือน และสามารถบ่งชี้ถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้ด้วย ส่วนการให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีข้อจำกัด เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกประเมินระดับน้ำตาลด้วยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ที่สามารถควบคุมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวได้ และค่าไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานอาหาร ยา หรือออกกำลังกายในวันที่มาตรวจเลือด ช่วยให้ทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

2.บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานต้องการการดูแล และการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองในหลายด้าน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับลักษณะและอันตรายของโรค วิธีการควบคุมรักษาโรค การปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาสุขอนามัย การจัดการกับอาการรวมถึงการประเมินการควบคุมโรคด้วยตนเองโดยพิจารณาตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสนใจ
2. สนับสนุนให้ญาติ และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยจัดโครงการต่างๆ เช่น การจัดการด้านอาหาร ยา กิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน
3. ให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
4. ประเมินปัญหาและให้การดูแลเบื้องต้น เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจลุกลามขึ้น เช่นการตรวจสุขภาพทั่วไป การตรวจสุขภาพเท้า การติดตามค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบในการดูแลรักษา
5. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อร่วมหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต และสังคม
6. ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานแก่ญาติผู้ป่วย บุคคลทั่วไป และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่จะช่วยปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของสุปราณี เสนาดีสัย (2544) พอสรุปได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สามารถที่จะประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน จัดหา และให้การพยาบาลทั้งทางตรง และทางอ้อมที่เหมาะสม และเฉพาะเจาะจงกับปัญหาและผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎี หรืองานวิจัยเป็นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณ โดยประสานความร่วมมือ และช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง คัดค้าน และพัฒนาระบบการพยาบาลที่จะรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และปลอดภัยที่สุด ส่งเสริมกระตุ้น และชี้แนะพยาบาลประจำการให้มีการพัฒนาเทคนิค และวิธีการพยาบาลใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ร่วมมือในการสร้าง และใช้มาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ ริเริ่มโครงการดูแลผู้ป่วย โดยร่วมมือกับแพทย์ และบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้การดูแลแบบสหสาขาวิชา ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน

2. ด้านการให้ความรู้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำ และให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน แก่พยาบาลประจำการโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีอื่นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคัดเลือก และแปลวารสารทางการพยาบาล วารสารทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์ และเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ เพื่อเสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันกับความก้าวหน้ารวมถึงช่วย เหลือ และพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล และการสอนข้างเตียงผู้ป่วย เป็นผู้นำในการประชุมปรึกษา ตรวจสอบผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนให้ความรู้ และเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แก่นักศึกษาพยาบาลระดับต่างๆ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ

3. ด้านการเป็นที่ปรึกษา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการ ในการประเมินปัญหา วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลทำให้การพยาบาล แก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน และ/หรือมีความยากลำบากในการปรับตัวโดยร่วมมือ และปรึกษากับผู้บริหาร ในการควบคุมเทคนิคการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ และปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางการพยาบาล ในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีการแก้ไขที่จะช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ปลอดภัยมากที่สุด ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลระดับ

บัณฑิตศึกษา ทั้งในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

4. ด้านการวิจัย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการริเริ่ม และส่งเสริมการทำวิจัยจากปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน โดยทำการคัดเลือก แปลผล และนำผลการวิจัยทางการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องมาเผยแพร่ให้แก่พยาบาลประจำการได้ทราบ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีการประเมิน ปรับปรุง ตลอดจนพัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการทำวิจัย และเผยแพร่ผลการวิจัยดังกล่าว ให้แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ

5. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการร่วมมือกับผู้บริหารในการประเมิน และค้นคว้าเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ในคลินิกโรคเบาหวานที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง และพัฒนา โดยริเริ่มวางแผน และเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนระบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยร่วมกับผู้บริหารในการตั้งเป้าหมาย วางแผน ทั้งระยะสั้น และระยะยาว ริเริ่มโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

3. แนวคิดวิทยาการระบาดของ Dever (Dever's Epidemiologic Model)

Dever ได้พัฒนา Epidemiologic Model ในปี 1991 โดยได้พื้นฐานจากแนวคิดของ Lalonde (1976) Blum (1981) ซึ่ง Dever (1991) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลถึงสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานทางชีววิทยาที่ประกอบขึ้นเป็นระบบต่างๆ ในร่างกายของบุคคลอันได้แก่ 1) พันธุกรรม (genetic inheritance) 2) วุฒิภาวะและความชรา (maturation and aging) และ 3) ความซับซ้อนของระบบภายใน (complex internal systems)

2. แบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยที่บุคคลปฏิบัติ ในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ 1) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย เป็นต้น 2) แบบแผนการบริโภค เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น และ 3) ปัจจัยเสี่ยงจากงานอาชีพ เช่น อาชีพ หรืองานบางประเภทที่ก่อให้เกิดโรค เช่น งานที่ต้องใช้ความคิดทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น

3. ระบบการดูแลสุขภาพ Dever (1991) กล่าวถึงความเพียงพอ (availability) คุณภาพ (quality) และจำนวน/ปริมาณ (quantity) ของแหล่งบริการสุขภาพ ในด้าน 3 ด้าน คือ 1) การป้องกัน (preventive) ซึ่งไม่ได้ให้รายละเอียดไว้ 2) ด้านการรักษา (curative) ได้แก่ ยา และบุคลากรทางการแพทย์ และ 3) การฟื้นฟูสภาพ (retorative) ได้แก่ โรงพยาบาล สถานพยาบาล และบริการรถพยาบาล ซึ่งมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล Clark (1996: 118) ได้เสนอปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ

ระบบการดูแลสุขภาพว่าหมายถึง ความเพียงพอ (availability) การเข้าถึงบริการ (accessibility) และ การใช้บริการสุขภาพ (utilization) ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม Dever (1991) หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายนอกร่างกายที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ หรือควบคุมได้เพียงเล็กน้อย ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติทางกายภาพ เช่น อันตรายที่เกิดจากมลภาวะจากอากาศ แสง เสียง และน้ำ เป็นต้น 2) มิติทางสังคม และ 3) มิติทางจิตวิทยา ซึ่ง Dever ได้กล่าวรายละเอียดไว้รวมกันเป็นมิติทางจิตสังคมว่า ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification) การรับรู้ปัญหา (perceptual problem) และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) เช่น การรวมกันเป็นกลุ่ม (crowding) การอยู่คนเดียว (isolation) ความรวดเร็ว และการเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (rapid and accelerated rate of change) และการแลกเปลี่ยนทางสังคม (social interchange) มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้วิธีการเลือกตัวแปร ที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับฮิโมโกลบินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ตามแนวคิดของ Dever (1991) ดังนี้ แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่ครอบคลุมใน 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การใช้บริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบกับเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ซึ่งหมายถึงมีระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในระดับที่ต่ำกว่า 7 เปอร์เซ็นต์

4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

มีการศึกษามากมายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยดังกล่าวจากแนวคิดของ Dever (1991) จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบริบทของภาคใต้ และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้มีระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอยู่ในระดับที่แปรผลว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สรุปได้ดังนี้

4.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารกับระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และการใช้แรงงานของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นขั้นตอนของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการออกกำลังกาย แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับ

การรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแล้วก็ตาม โดยจะต้องควบคุมทั้งจำนวนแคลอรี ชนิด และ ปริมาณ ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยมีสัดส่วนการรับประทานอาหาร ประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เป็นร้อยละ 55:15:30

คาร์โบไฮเดรต เป็นอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล ให้พลังงานได้ร้อยละ 55 ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ชนิดที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เช่น อาหารประเภทแป้งที่ได้จากธัญพืช และอาหารที่มีใยพืชสูง เนื่องจากอาหารที่มีเส้นใยมาก ช่วยให้ระดับกลูโคสในเลือด และความต้องการอินซูลินของผู้ป่วยลดลง (วลัย อินทรมพรรษ์, 2539) และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลที่ผ่านการแปรรูป เช่น ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เครื่องดื่มต่างๆที่มีน้ำตาลผสมอยู่ เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, 2540; ภาวนา กิริติยุดิวงศ์, 2546)

โปรตีน ให้ได้ร้อยละ 15 ของพลังงานที่ควรได้รับ เป็นสารอาหารที่มีประโยชน์ช่วยเสริมสร้าง และซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย ควรเป็นโปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์ นม ไข่ และพืชอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ควรเลือกส่วนที่มีไขมันน้อยที่สุด ควรจำกัดอาหารโปรตีนผู้ป่วยที่เริ่มอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทางไต(วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, 2540; ภาวนา กิริติยุดิวงศ์, 2546; วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543)

ไขมัน ให้ได้ร้อยละ 30 ของพลังงานที่ควรได้รับ ผู้ป่วยเบาหวานมักมีปัญหาไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอลสูง ควรเลือกรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวที่ได้จากพืช ได้แก่ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง ซึ่งจะให้การดไลโนลิค เพื่อช่วยในการย่อยไขมัน ไม่ควรรับประทานน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ ไขมันสัตว์ (ศรีสมัย วิบูลยานนท์, 2540) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (coronary heart disease) เนื่องจากมีกรดไขมันอิ่มตัวมาก หากบริโภคมากเกินไป จะทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอลสูง (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, 2540: 257; ภาวนา กิริติยุดิวงศ์, 2546: 52)

อาหารประเภทวิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้มากตามต้องการ ส่วนผลไม้ เลือกรับประทานที่มีรสไม่หวานจัด แอลกอฮอล์ควรจำกัดปริมาณดื่ม คือ เบียร์ดื่มได้ 360 มิลลิลิตร ไวน์ 120 มิลลิลิตร เหล้า 45 มิลลิลิตร โดยดื่มได้วันละ 2 ครั้งในเพศชาย และ 1 ครั้งในเพศหญิง และควรดื่มพร้อมอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ (สาธิตา เมธนาวิณ และสุภาวดี คำนธำรงกุล, 2536: 15-16; ADA, 2002: S55)

จำนวนมื้ออาหาร ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาล ชนิดรับประทาน สามารถรับประทานอาหารมื้อหลักเป็น 3 มื้อ คือ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) และแบ่งมื้ออาหารให้เป็นมื้อว่าง อีก 2 มื้อ ผู้ป่วยเบาหวานต้องแบ่งสัดส่วนอาหารให้พอเหมาะ ต้องไม่งดมื้อหนึ่งมื้อใดที่เป็นมื้อหลัก หรือไม่รับประทานมากเกินไป (ศรีสมัย วิบูลย์ยานนท์, 2540) โดยในแต่ละมื้อรับประทานในปริมาณพอสมควร หลักสำคัญในการเลือกรับประทาน

อาหารของผู้ป่วยเบาหวานคือ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องทั้งชนิด จำนวน มีความสมดุล อย่าง สม่าเสมอ งดรับประทานอาหารจุกจิก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน และอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดี (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, 2540: 258)

ในบริบทของภาคใต้ อาหารพื้นเมือง เช่น ขนมจีน ข้าวราดแกงจืดเหล็ก ข้าวราดแกงหอย แครง เต้าหู้ มีสัดส่วนของไขมัน และคาร์โบไฮเดรตที่สูง (อโนชา ตั้งโพธิธรรม, 2539) ธรรมเนียมการกินของชาวใต้ รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ คือ มื้อเช้า และมื้อเย็น (สุธิวงศ์ พงษ์ไพบูลย์, 2540) อ้างถึงใน ศรีพร ชุมศรี, 2549) ความสมบูรณ์ของอาหารเนื่องจากลักษณะภูมิประเทศ ลักษณะภูมิอากาศที่ส่งผลให้รับประทานอาหารได้มาก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา จะทำให้น้ำหนักตัวลดลง ทำให้อินสุลินทำงานได้ดีขึ้น ระดับฮีโมโกลบิน ที่มีน้ำตาลเกาะจึงลดลง จากการศึกษาของBloomgarden (1996) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองร้อยละ 12 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว

4.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทั้งยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมเบาหวาน (บุญทิพย์ สิริธรรมศรี, 2539: 60) ซึ่งนอกจากจะทำได้โดยการควบคุมอาหารแล้วการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการควบคุมเบาหวาน จากการศึกษาของวรรณกรรมพบว่า มีการให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ทั้งที่แตกต่างและคล้ายคลึงกัน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายว่าเป็นการใช้กำลังในการบริหารร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่างๆในร่างกายทำงานได้ดียิ่งขึ้น

Caspersen และคณะ (1985 อ้างถึงในDipietro, 1996: 597) ได้ให้คำจำกัดความของการออกกำลังกายว่า เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของกระดูก และกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการใช้พลังงานของร่างกายอย่างมีแบบแผน และเป็นการกระทำอย่างซ้ำๆ (repetitive) และมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

ชุมพล ผลประมุข (2540) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยการทำงานของกล้ามเนื้อแบบตั้งใจ มีการคิด หรือวางแผนไว้ล่วงหน้า มีรูปแบบแน่นอน มีการทำซ้ำหลายๆ ครั้ง และมีวัตถุประสงค์ที่แน่นอนโดยไม่ได้รวมการทำงานประจำไว้ในออกกำลังกาย

Godin และShephard (1985) ได้ให้คำจำกัดความของการออกกำลังกายว่า เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย ที่บุคคลปฏิบัติในยามว่าง (นอกเหนือจากงานอาชีพ) เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีแบบแผน ครอบคลุมกิจกรรมที่ใช้แรงมาก ใช้แรงปานกลาง และใช้แรง

น้อย โดยใช้เวลาอย่างน้อย 15 นาที และปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งในสัปดาห์ ซึ่งคล้ายกับ วรณิ นิธิยานันท์ (2535) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายว่า เป็นกิจกรรมเสริมเพิ่มเติมจากกิจวัตรประจำวันที่ทำอยู่ โดยเน้นว่าเป็นกิจกรรมใดก็ได้ที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว มีการออกแรงมาก และมีระยะเวลานานพอ

กรมพลศึกษา (2534 อ้างถึงในชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, 2541) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ว่า เป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อ และร่างกาย ให้เคลื่อนไหว เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี โดยใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น กายบริหาร วิ่งเหยาะๆ หรือการใช้แรงงานในชีวิตประจำวัน

วาริศา วิเศษสรรพ (2540) กล่าวว่า การออกกำลังกายหมายถึง การประกอบกิจกรรมที่ทำให้สนุกเพลิดเพลิน แต่ต้องเป็นการบำรุงร่างกายให้แข็งแรง สร้างเสริมสมรรถภาพของร่างกาย และผ่อนคลายความเครียดทางจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความของการออกกำลังกายว่า หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ที่เป็นการใช้พลังงานที่นอกเหนือจากงานอาชีพ และเป็นการกระทำที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นการปฏิบัติที่สม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 20- 30 นาที และมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดการเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน และลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น กล้ามเนื้อถูกกระตุ้นให้มีการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ภาวะดังกล่าวจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ในแต่ละครั้งต้องออกกำลังกายนาน 20-60 นาที ซึ่งควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Dianc และ Mariah, 1998; Gaim และ Tch, 1998; Porth, 1994) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนัก และระยะเวลานานพอควร เป็นการทำให้ร่างกายเพิ่มขีดสูงสุดในการรับออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อ โดยช่วยในการปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จนกระทั่งอาหารที่สะสมอยู่ตรงกล้ามเนื้อไม่เพียงพอแก่การใช้งานในช่วงแรก หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น จึงหวนหาหายใจเร็วขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อได้รับทั้งออกซิเจน และน้ำตาลที่ส่งมากับเลือดเพิ่มขึ้น การเผาผลาญจะเป็นกระบวนการที่ใช้ออกซิเจน เกิดเป็นพลังงานจำนวนมากมาย แล้วเหลือเป็นของเสียคือคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งจะขับออกมาทางลมหายใจ ความร้อนที่เกิดขึ้นจากการเผาผลาญก็จะถูกขับออกทางเหงื่อ การออกกำลังกายแบบนี้ ผู้ปฏิบัติต้องหายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีเหงื่อออกส่งผลให้ปอด หัวใจ ผิวหนัง และหลอดเลือดมีการทำงานมากขึ้นจะมีเลือดหมุนเวียนไปตามกล้ามเนื้อถึง 8 เท่า หมุนเวียนที่กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า และหมุนเวียนไปตามผิวหนังเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า (วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม, 2537; บรรจบ ชุมหสวัตติกุล, 2541) จากการศึกษาของ อูระณี รัตนพิทักษ์, สุธิดา นีรพิมพ์, วชิรา เตชะทวีกิจกุล และ สาธิต วรณแสง (2536) ถึงประสิทธิภาพผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ต่อค่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น

กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองเดินบนสายพาน แล้วเจาะเลือดตรวจค่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในเดือนที่ 1, 2, 3 และ 4 พบว่าในช่วงเดือนแรกของการศึกษาไม่พบความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ของค่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของทั้งสองกลุ่ม แต่เริ่มมีความเปลี่ยนแปลงจนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเดือนที่ 2, 3 และ 4 โดยกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงลดลง และจำนวนของผู้ที่มีค่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงเกณฑ์ปกติมีจำนวนเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ การออกกำลังกายขึ้นอยู่กับลักษณะของภูมิอากาศร่วมด้วย ภาค ใต้มีฝนตกชุกเกือบตลอดปี ประกอบกับการประกอบอาชีพโดยส่วนใหญ่ คือการเกษตร ต้องพึ่งพาสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้น่าจะส่งผลทางลบต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ สอดคล้องกับการศึกษาของ อูระณี รัตนพิทักษ์ และคณะ (2536) และADA (2000: S66) ที่พบว่า การออกกำลังกายโดยวิธีแอโรบิก สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 16 สัปดาห์ทำให้ระดับHbA1C ลดลง

4.3 พฤติกรรมการใช้ยากับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

การรับประทานยา ตามแนวคิดของ Dever (1991) กล่าวว่า แบบแผนในการดำเนินชีวิตของบุคคล ได้แก่ แบบแผนการบริโภค เช่นการใช้ยา การใช้ยามีอิทธิพลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ผู้ป่วยบางคนควบคุมอาหาร รวมทั้งออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลได้โดยไม่ต้องใช้ยารับประทาน แต่หากการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายไม่ได้ผล ก็จำเป็นต้องใช้ยารับประทานร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยควรทราบถึงการบริหารยา เพื่อช่วยให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ การรับประทานยาที่ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และสม่ำเสมอ ฤทธิ์ และอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ การวางแผนการใช้ยาเมื่อต้องเดินทาง หรือไปทำงาน การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดของเบาหวานมีดังนี้ (อภิรดี ปลอดภัย, 2542)

1. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ยาแต่ละชนิดจะแตกต่างกัน เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ และออกฤทธิ์สูงสุดไม่เท่ากัน จึงต้องรับประทานตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ยาก่อนอาหารควรรับประทานก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง ยาหลังอาหารควรรับประทานหลังอาหารทันที และควรรับประทานให้ตรงเวลาทุกวัน ถ้าลืมรับประทานให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้ในเวลาใกล้กับยามื้อต่อไปควรดมมือที่ลืม

2. ขนาดยา การใช้ยาเกินขนาดอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ หหมดสติ และเสียชีวิตได้ การเพิ่มขนาดของยาไม่สามารถเพิ่มสมรรถภาพของยาให้มากขึ้นได้ ผู้ป่วยเบาหวานจึงไม่ควรปรับขนาดของยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

3. การใช้ยาอื่นๆ ร่วมกับยาลดน้ำตาล เช่นสมุนไพรบางชนิด อาจมีผลในการเสริมหรือยับยั้งฤทธิ์ของยาลดน้ำตาล จึงควรแจ้งให้แพทย์ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ และไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

4. ไม่ควรใช้ยาร่วมกับผู้อื่น หรือแบ่งยาให้ผู้อื่นใช้

การปฏิบัติในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน(ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์ 2546: 26 -17)

1. ไม่ควรใช้ยาร่วมกับผู้อื่นหรือแบ่งปันให้ผู้อื่นใช้

2. ควรเรียนรู้ชื่อยา ขนาดยา และวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยอาจใช้ยารวันละครั้ง หรือ 3 ครั้งต่อวัน ความถี่ของการใช้ยาขึ้นอยู่กับระยะเวลาการออกฤทธิ์ และปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย

3. ควรใช้ยาในเวลาเดียวกันทุกวัน เช่นกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียควรรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที ยาเม็ทฟอร์มิน ควรใช้หลังอาหารเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อะคาร์โบสควรเคี้ยวพร้อมรับประทานอาหาร ไม่ควรใช้ถั่วลิสง หรือองคอาหารมื่อนั้น

4. ถั่วลิสงรับประทานยา ซัลโฟนิลยูเรีย ก่อนอาหารมือเข้าให้รับประทานทันทีที่นึกได้

5. ถ้าใช้ยารวันละครั้งและลิรับประทานยา 1 วัน ไม่ควรรับประทานยาชดเชยเป็น 2 เม็ดในวันถัดไป

6. ถ้าใช้ยารวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็นและลิรับประทานยามื้อเช้าไม่ควรบรวบยา 2 มื้อในมื้อเย็น

7. เก็บยาไว้ในอุณหภูมิห้อง ไม่ต้องแช่เย็น ไม่ใช้ยาที่หมดอายุ สังเกตสีของยาที่เปลี่ยนไปไม่ควรใช้

8. เก็บยาดิดตัวไว้เมื่อเดินทางไม่ควรใส่กระเป๋าเสื้อผ้า และควรเตรียมยาให้เกินขนาดที่จะใช้เล็กน้อย

9. ควรมีใบรับรองแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้ในกรณีเดินทางไปต่างประเทศ

10. แม้จะเจ็บป่วยและรับประทานอาหารไม่ได้ควรใช้ยาต่อไปไม่ควรขาดยา และควรปรึกษาแพทย์

11. ไม่ควรใช้ยาเม็ดในหญิงมีครรภ์ หรือระยะให้นมบุตร

12. ก่อนรับประทานยาสมุนไพร ควรปรึกษาแพทย์ หรือแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้ง (คุชฎี สุนทรปริยาศรี, 2531; สุนทร ตันจันนันท, 2533; สุริ จันทรโมลี, 2535 อ้างถึงใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540: 25-26)

13. ทุกครั้งที่ได้ยาไม่เหมือนเดิม เช่นขนาด สี หรือจำนวนเปลี่ยนไป โดยแพทย์ไม่ได้บอก ให้กลับไปถามแพทย์ทุกครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าได้ยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา (คุชฎี สุนทรปริยาศรี, 2531; สุนทร ตันจันนันท, 2533 ; สุริ จันทรโมลี, 2535 อ้างถึงใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540: 25-26)

14. ไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง เพราะขนาดยาที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้ระดับน้ำตาลต่ำอย่างรวดเร็ว (คุชฎี สุนทรปริยาศรี, 2531; สุนทร ตัณฑนันท์, 2533; สุริ จันทรโมลี, 2535) อ้างถึงใน หนังสือทฤษฎี แก่นจันทร์, 2540: 25-26)

15. ปรึกษาแพทย์โดยไม่ต้องรอวันนัด ถ้าพบความผิดปกติ ภายหลังจากรับประทานยาบ่อยๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (คุชฎี สุนทรปริยาศรี, 2531; สุนทร ตัณฑนันท์, 2533; สุริ จันทรโมลี, 2535) อ้างถึงใน หนังสือทฤษฎี แก่นจันทร์, 2540: 25-26)

ผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ที่ประกอบอาชีพประมง ต้องออกทะเลเป็นระยะเวลานาน ขาดการวางแผนการใช้ยา การทำงานที่ต้องพึ่งพาทักษะอากาศ ต้องรีบเร่ง ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหยุดยารับประทานด้วยตนเอง ส่งผลต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ จากการศึกษายาของ Onuma Keawkerd (2002) พบว่า การรับประทานยาตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด คือผู้ป่วยที่ไม่เพิ่ม หรือลดยาเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็น 2.91 เท่า ของผู้ป่วยที่เพิ่มหรือลดยาเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2534: 814) ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติ ปฏิบัติตามความเชื่อนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจจะเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach, 1970: 112)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใข้อธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้มาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา และทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สามารถอธิบายถึงการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคล โดยอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับคุณค่า และความคาดหวังของบุคคล และอธิบายถึงพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคลในภาวะเสี่ยง ภาวะที่ไม่มีความแน่ใจ สิ่งที่บุคคลคาดหวังจากการกระทำจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ กล่าวคือ บุคคลจะคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรม เพื่อให้ได้สิ่งนั้นออกมา ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษาเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากแนวคิดของ เคิร์ต ลิวิน (Kurt Lewin) ในปี ค.ศ. 1944 ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า

1. คนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรครุนแรงแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น (Rosenstock, 1974: 2 – 3)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยระยะแรกนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล โดยมีสมมติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่แรงจูงใจด้านสุขภาพ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ (Becker และคณะ 1977: 29– 30) เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมพอ

คาส์ และคอบบ์ (Kasl และCobb, 1966) ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วย เข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

เนื่องจากพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเองตามแผนการรักษา จึงอาจกล่าวได้ว่า“ความเชื่อด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม” กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี หรือถูกต้องผู้ป่วยก็จะแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบหลายอย่าง ที่มีความเกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง องค์ประกอบเหล่านั้น ได้แก่

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอนแล้ว จะสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคได้ 3 ทาง ได้แก่

1.1. ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคหรือข้อสรุปของแพทย์ ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ของบุคคลผิดไป

1.2. การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก ในกรณีที่บุคคลนั้น เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นได้อีก หรือมีโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำได้มากขึ้น ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการเจ็บป่วยด้านภาวะอื่น กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น หรือเกิดเจ็บป่วยด้วยภาวะ อื่นๆ ได้ง่ายขึ้น จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความเกี่ยวข้อง หรือสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาของ กรรณิกา เรือนจันทร์(2535: 64) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แม้บุคคลจะรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่า โรคที่เกิดขึ้น มีความรุนแรง และจะทำอันตรายให้แก่ร่างกาย หรือส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนี้อาจเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง มัลลิกา มัติโก (2530: 13) กล่าวว่า เมื่อบุคคลตระหนัก หรือรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หรือความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน เช่น ตัดสินใจไม่ทำอะไรเลย ซื่อขามารับประทานเอง หรือใช้ยากลางบ้าน หรืออาจรักษาโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา เช่น การนอนพัก และดื่มน้ำเมื่อรู้สึกว่าเป็นหวัดหรือตัดสินใจไปหาบุคคลทางสาธารณสุข

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาว่าสามารถควบคุมโรค หรือลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2530: 82) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ หรือโทษซึ่งเกิดจากการกระทำที่เลือกแล้วว่าดีกว่าวิธีอื่น เช่น การปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับข้อสงสัย การใช้บางส่วนของร่างกายที่มีประสิทธิภาพอยู่ จะทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพขึ้น

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรม หรือปัจจัยต่าง ๆ ตามความเป็นจริงที่ชัดเจน หรือเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติของผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การมารับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การเจาะเลือด การตรวจพิเศษ อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความไม่สบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยนั้นๆ เป็นการขัดต่ออาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้งและ ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย จากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2530: 79) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด

5. แรงจูงใจ หมายถึง ความแตกต่างของอารมณ์ในแต่ละบุคคล ที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าบางอย่าง เช่น ความห่วยใย หรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค ความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมโรค และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี เป็นต้น แรงจูงใจสามารถวัดออกมาในรูปของความต้องการ หรือความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา หรือป้องกันโรค จากการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528: 105) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ จากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2530: 80) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ คอนเนลลี่ (Connelly, 1987: 626) ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมดูแลตนเองตามกระบวนการของชีวิตและดำรงรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการทำหน้าที่ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีความผาสุกในชีวิต ตลอดจนทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

6. ปัจจัยร่วมนอกจากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วยังมีปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อการร่วมมือในการรักษา หรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อม หรือแรงจูงใจ เพราะปัจจัยทางสังคมที่มีผลทางอ้อมต่อความเชื่อ เช่น ความเชื่อถือในแผนการรักษาของแพทย์ ความเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวการได้บริการสุขภาพที่ดี หรือสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการแสดงบทบาทของแต่ละฝ่าย และคาดหวังต่อบทบาทของกันและกัน ถ้าบทบาทและความหวังสอดคล้องกับสัมพันธภาพก็จะดำเนินไปด้วยความราบรื่น และเกิดผลดีต่อการรักษา แต่ถ้าบทบาทและความคาดหวังไม่สอดคล้องกัน หรือเป็นไปในทางตรงกันข้าม สัมพันธภาพที่ไม่ดีจะเกิดขึ้น และมีผลเสียต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาของเดวิส (Davis, 1968: 274) พบว่า รูปแบบของการสื่อสารที่ผิดไปจากปกติระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เช่น ความดึงเครียดในการสนทนากับผู้ป่วย ความไม่เป็นกันเอง

กับผู้ป่วย การตั้งผู้ป่วยโดยไม่เปิดโอกาสให้มีการซักถาม ตลอดจนความไม่เข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้มีส่วนทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา

ความเชื่อด้านสุขภาพกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ แต่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา การใช้บริการสุขภาพ อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนมาก รับรู้ว่าการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันไม่เป็นอุปสรรคของตน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนผู้วิจัยคาดว่า จะส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะให้อยู่ในระดับที่แปลความหมายว่าสามารถควบคุมโรคได้

4.5 การใช้บริการสุขภาพ (Health service utilization)

เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย (2539) ได้ให้ความหมาย การใช้บริการสุขภาพว่าเป็น การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อสนองต่อการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าเป็นอาการแสดงของความเจ็บป่วย

จินตนา สิริปุชกะ (2538) ได้ให้ความหมาย การใช้บริการทางการแพทย์ว่า เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย ได้แก่ การไปรับการรักษา เช่น ที่สถานบริการของรัฐ สถานบริการของเอกชน การรักษาแผนโบราณ และการไม่รับการรักษา เช่น เพิกเฉยหรือปล่อยให้หายเอง

ปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพของบุคคล มีดังต่อไปนี้

Anderson, Kravits และAnderson (1975 อ้างถึงในกุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539: 6) ได้เสนอกรอบของการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพว่า การตัดสินใจในการแสวงหาบริการทางการแพทย์ และปริมาณการใช้ จะมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักๆ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factor) หมายถึง ตัวแปรต่างๆของแต่ละบุคคลที่จะโน้มนำไปใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ ศาสนา และปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อว่า การรักษาแผนปัจจุบันสามารถรักษาความเจ็บป่วยได้ดีกว่า

2. ปัจจัยสนับสนุน (enabling factor) หมายถึง ปัจจัยที่บ่งบอก หรือเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้บริการสุขภาพ เช่น รายได้ การประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย การมีสถานบริการ และบุคลากรในชุมชน

3. ปัจจัยด้านความจำเป็น (need factor) ประกอบด้วยความจำเป็น 2 ประการ คือ ความจำเป็นที่เกิดจากการรับรู้ (perceive need) ของแต่ละบุคคล เช่น การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความจำเป็นที่ได้รับการประเมินจากระบบบริการ (evaluated need) เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องรับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

Hershy และคณะ(1975 อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539: 7) ได้ออกแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพว่า เป็นผลมาจากปัจจัยทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ และด้านผู้ให้บริการ โดยความต้องการ เกิดจากพยาธิสภาพที่เกิดในร่างกาย ซึ่งอาจอาศัยประสบการณ์จากอดีต ความจำเป็น หรือความต้องการในการรักษา และถ้าหากมีอำนาจในการซื้อก็จะทำให้เกิดความต้องการในการรักษา แล้วส่งผลให้เกิดการใช้บริการ

Aday และAnderson (1979 อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539: 6) กล่าวว่า การใช้บริการทางสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางโครงสร้าง อันได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม และความเชื่อ 2) ปัจจัย หรือลักษณะด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น ปริมาณของสถานบริการ การกระจายตัวของสถานบริการ สถานที่ตั้ง หรือผู้ให้บริการ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ (consumer satisfaction) ในแง่ความสะดวกสบาย การมีบริการที่ต้องการ ค่าใช้จ่าย ลักษณะของผู้ให้บริการ และคุณภาพของบริการ ซึ่งก่อให้เกิดการใช้บริการสุขภาพ

Mechanic (1978) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำ เพื่อสนองต่อการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบาย หรือตีความอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองซึ่งแสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำจากผู้ที่เขาเชื่อว่าจะมีความชำนาญด้านสุขภาพ โดยอาจมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม รวมทั้งการไม่ทำอะไรเลย แต่คอยสังเกตอาการผิดปกติจนหายไปเอง โดยที่การปฏิบัติตัวของบุคคลที่เจ็บป่วย จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค วิธีการรักษาโรค ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความใส่ใจในสุขภาพ ค่านิยม และสถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น ดังนั้น การปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย หรือเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย อาจทำได้หลายประการ เช่น อยู่เฉยๆ ปล่อยให้หายไปเอง ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก โพลีคลินิกเอกชน หามอกกลางบ้าน หมอเวทย์มนต์ หรือบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์

สำหรับ Kroeger (อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2534: 64 – 67) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา ในประเทศกำลังพัฒนา โดยชี้ให้เห็นถึงการจัดการ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปัจจัยภายในความคิดของคนไข้ที่จะใช้ หรือไม่ใช้บริการทั้งการแพทย์แผนใหม่ และการแพทย์แผนโบราณ จากการใช้วิธีทางสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา Kroeger เน้นปัจจัยการใช้บริการ โดยได้แยกตัวแปรในการอธิบายออกเป็น 3 ปัจจัย ซึ่งส่งผลต่อการเลือกแหล่งบริการรักษาพยาบาล คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน (predisposing factors) ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากร ลักษณะครัวเรือน องค์ประกอบของครัวเรือน ทักษะคติ การศึกษา และการตัดสินใจต่อสถานบริการด้านสุขภาพ
2. ปัจจัยส่งเสริม (enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การประกันสุขภาพ ความมั่นคงของรายได้
3. ปัจจัยระบบการบริการสุขภาพ (health service system factors) ได้แก่ โครงสร้างของระบบการบริการ ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบการเมืองและสังคมของประเทศ

ในเรื่องการใช้ หรือไม่ใช้บริการทางการแพทย์ ของประเทศที่กำลังพัฒนา ดูเหมือนจะมีเครือข่ายโยงใย และซับซ้อนมากกว่าในประเทศตะวันตก สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม ที่เป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดเวลา รวมทั้งแนวความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่อยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากระบบพื้นบ้านไปสู่ระบบการแพทย์ที่ทันสมัยขึ้น เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางศึกษาปัญหาการเลือกใช้ หรือไม่ใช้บริการ Kroeger ได้แจกแจงรายละเอียดของปัจจัย 3 ประการข้างต้นดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่
 - 1.1 อายุและเพศ
 - 1.2 ขนาดของครัวเรือนและสภาพภายในครัวเรือน
 - 1.3 ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม
 - 1.4 กลุ่มชาติพันธุ์และศาสนา
 - 1.5 การเปลี่ยนแปลงด้านเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม
 - 1.6 การศึกษา
 - 1.7 สถานภาพทางเศรษฐกิจ และการประกอบอาชีพ
2. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่
 - 2.1 โรคเรื้อรังหรือเฉียบพลัน
 - 2.2 ความรุนแรงของโรค
 - 2.3 สาเหตุของการเกิดโรค และชนิดของโรค
 - 2.4 การคาดหวังผลและความพึงพอใจของผู้ป่วย
3. ปัจจัยด้านการใช้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการรักษาพยาบาล ได้แก่

- 3.1 ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์
- 3.2 การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่
- 3.3 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการรักษา
- 3.4 ค่าใช้จ่าย

ดังนั้น พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จึงเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลอันเป็นผลของการที่ได้เรียนรู้มาจากสังคม และวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันแม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างเดียวกัน ความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จะผันแปรไปตามตัวแปรทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อในประสิทธิภาพของแหล่งบริการรักษาพยาบาล ตลอดจนอุปกรณ์องค์ประกอบอื่นๆ ในด้านการแพทย์ เช่น ยา ความทันสมัยทางเทคโนโลยีทางการแพทย์

การวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ช่วยให้เกิดความเข้าใจ ต่อความเชื่อมโยงระบบความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของมนุษย์กับแหล่งบริการรักษาพยาบาล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในระหว่างสองขั้วของความสัมพันธ์อันนี้ไม่เพียงพอ แต่จะได้เข้าใจถึงตัวกำหนดที่มีประสิทธิภาพ หากยังสามารถที่จะวิเคราะห์ถึงความเสื่อมสลาย ความเพียงพอ และผลของระบบบริการรูปแบบต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชน

การให้บริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลสุขภาพรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ และหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกาย คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงเล็ก (microvascular) อันได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ทางตา และระบบประสาท และภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ (macrovascular) อันได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (วีรพันธ์ โชวิฑูรกิจ, 2545: 109) ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต ทุก 3 เดือน ตรวจสุขภาพตาโดยละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง หรือถ้ามีอาการผิดปกติทางสายตา เช่น ตามัว ควรปรึกษาจักษุแพทย์ทันที ควรได้รับการตรวจเลือดตรวจปัสสาวะ และตรวจปริมาณไข่ขาว หรือโปรตีนในปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไต อย่างน้อยปีละครั้ง ตรวจสุขภาพช่องปาก และฟันทุก 6 เดือน เนื่องจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความผิดปกติของเหงือกและฟัน มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (สาธิต วรรณแสง, 2544: 36; โสภณ นภทร, 2545: 134; ยูพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์, 2544: 52; ประศาสน์ ลักษณะพุกก์, 2545: 122) นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงว่าบุคคลทั่วไป และเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้ ดังนั้น ถ้ามีอาการบ่งชี้ว่าเกิดอาการภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หรือการติดเชื้อที่รุนแรงควรรีบไปพบแพทย์ เช่น ไข้สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส ปวดท้อง อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หายใจเร็ว มีการ

เปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก (วิทยา ศรีดามา, 2545: 277) การปฏิบัติที่กล่าวมาในข้างต้นจะเป็นการประเมินผลการรักษา การควบคุมโรค และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีได้

การใช้บริการสุขภาพที่ประชาชนในภาคใต้เลือกใช้ คือ การซื้อยาไปรับประทานเอง ซึ่งมีอัตราสูงถึง ร้อยละ 28.3 นอกจากนี้ประชาชนยังชอบไปสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าไปใช้บริการของรัฐ แม้ว่าจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม ลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการด้านปัจจัยนำ คือ ปัจจัยด้านโครงสร้าง ค่านิยม ความเชื่อทางสุขภาพ ความเชื่อจากภูมิปัญญา เกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ไม่ได้รับการประเมิน การดูแลที่ต่อเนื่องซึ่งจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ จากการศึกษา Harris (2001) พบว่า การใช้บริการทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง วัยผู้ใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ อันได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดไขมัน และไขมันในปัสสาวะ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการใช้บริการสุขภาพของ Aday และ Anderson (1979) โดยศึกษาการใช้บริการ โดยพิจารณาปัจจัยนำของลักษณะผู้ใช้บริการ คือ ปัจจัยด้านโครงสร้าง ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Mechanic (1978)

3.6 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพ และปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen และ Will, 1985: 310-313) ได้มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายดังนี้

House (1981) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแล และการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือ และเห็นถึงความมีคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Brown (1986) ได้สรุปว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยหลายมิติที่สำคัญ คือแหล่งที่การสนับสนุน ชนิดของการสนับสนุน และจำนวนครั้งของการให้การสนับสนุน ในเรื่องของแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มสังคมที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคลในการแก้ไขปัญหา

Kahn และ Antonucci (1980 อ้างถึงใน Tilden, 1985: 200) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน ของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยที่แต่ละบุคคลมีความรักใคร่ผูกพัน เคารพนับถือกัน และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

Kaplan และคณะ (1997) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า คือการติดต่อสื่อสารของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอก ซึ่งมีความผูกพันกันตามธรรมชาติโดยแต่ละกลุ่มบุคคลมีการให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังแต่ละคน เพื่อทำให้ความคาดหวังของแต่ละบุคคลเป็นจริง และให้การช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Thoits (1982: 145) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า คือได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านสังคม ช่วยเหลือให้สิ่งของ และการให้ข้อมูลในระหว่างเครือข่ายของสังคม ซึ่งการช่วยเหลือเหล่านี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547) ได้สรุปว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มาจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ตามความต้องการที่จำเป็นของแต่ละบุคคล โดยที่แต่ละบุคคลมีบทบาทในการเลือกได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ และดำรงความสัมพันธ์กับการสนับสนุนที่เลือกนั้น

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน คือ

Cobb(1976) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่าด้วย
3. การสนับสนุนทางด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกัน

Weiss (1974) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. ความผูกพันใกล้ชิด ความผูกพันใกล้ชิดนี้ ให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว
2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ และมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3. การได้รับโอกาสในการเลี้ยงดูผู้อื่น เป็นการทำให้บุคคล เกิดความรู้สึกว่า เป็นที่ต้องการของผู้อื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

4. การได้รับการอบรม เป็นการได้รับการยอมรับจากครอบครัว หรือเพื่อน ถ้าคนไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ชี้แนะ หรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

Kaplan (1977 อ้างถึงใน อังคณา นวलय, 2535) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย (Financial or Physical assistance)

2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสารให้ความรัก หรือความอบอุ่นทางอารมณ์

Kahn (1979: 85) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์ และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยัน และรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำ และความคิดของบุคคล

3. การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

Thoits (1982) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำใ้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาท หรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำ และการป้อนกลับ

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึงการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Pender (1996: 257) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน การมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอะไร ถึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลลูก เพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะ และศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับพฤติกรรม และการปฏิบัติของบุคคล

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพา และไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่ หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของการให้บริการ

House (1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิด

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ให้ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ และบริการ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

ดังนั้น แรงสนับสนุนจากสังคม จึงหมายถึงความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก และห่วงใย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจากการที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม การสนับสนุนจากสังคมอาจมาจากครอบครัว หรือชุมชน จึงอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน มีความหมาย

สอดคล้องกับการสนับสนุนจากสังคม ซึ่งการสนับสนุนนั้นจะส่งผลให้ผู้รับมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนดังกล่าว

แรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยปกป้องบุคคลจากความเครียด เพิ่มความผาสุกในการตัดสินใจ ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกชีวิตมีคุณค่า ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อทำงานได้ดีขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์มากขึ้น Cobb (1976: 310) Griffith, Field และLustmas (1990: 370-371)กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยให้ตนจัดการกับสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดได้ ส่งผลต่อการปรับตัวทางสรีร และแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเคร่งครัด ซึ่งส่งผลให้สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิศ ชีวะคำนวน (2535) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด ในภาคใต้การพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวขาดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และส่งผลต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นองค์ประกอบหนึ่ง ของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในปัจจุบัน แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล ประเมินได้จากการแสดงออก หรือการกระทำของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง (Brandt และWeinert, 1981)

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญช่วยปกป้องบุคคลจากความเครียด เพิ่มความผาสุกในการตัดสินใจ ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกชีวิตมีคุณค่า และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ ครอบครัวการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากครอบครัวของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ การประเมินคุณค่าตนเอง การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังจะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีการต้องการความช่วยเหลือ ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจะทำผู้ป่วยเบาหวาน มีแรงจูงใจ มีอารมณ์มั่นคง ความเครียดลดลง สามารถลดความรุนแรงของปัญหา มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้น ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง Lawler and others (1990) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และความใกล้ชิดกับครอบครัว กับการควบคุมโรคเบาหวาน โดยพิจารณาจากระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ พบว่า กลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับครอบครัวมีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีกว่า ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน และคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอำเภอเบตง จังหวัดยะลา พบว่าประชาชนใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 55.44 ซึ่ยอมรับประทานเอง ร้อยละ 7.48

พรหมศิริ อำไพ และพนพัฒน์ โตเจริญวานิช (2548) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพในชุมชนกึ่งชนบท ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่ พบว่า เมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมโดย พักผ่อน ซึ่ยอมรับประทานเอง ใช้สมุนไพรพื้นบ้าน ร้อยละ 45.8 เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมดังกล่าวร้อยละ 30.7

กมลรัตน์ ปานทอง (2548) ศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยวิธีรำไม้พลองป่าบุญมี ที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีรำไม้พลองป่าบุญมีสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และเป็นทางเลือกหนึ่งของการออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

อุไรวรรณ โพร้งพนม (2545) ศึกษาผลของการร่ำมวยจีนซึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง พบว่าการออกกำลังกายด้วยการร่ำมวยจีนซึ่ง ลดระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง ในผู้ป่วยเบาหวานลงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดสงขลา พบว่า การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การใช้ยา และการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับปานกลาง

เดือนเพ็ญ แสงดี และวันเพ็ญ แก้วปาน (2541) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในเขตเทศบาล พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงทำให้นักคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง

ชุตินา วีระวัฒน์ชัย (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลราชวิถี พบปัญหาที่เกิด จากการใช้ยาคือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้รับยาขนาดสูงกว่าขนาดในการรักษา ได้รับยาที่ไม่สมควรได้รับ ทำให้มีความเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด

นัทรทิพย์ นากสุภา และพูนศักดิ์ ชานิกรประดิษฐ์ (2540) ศึกษาสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมในรูปแบบชาวภาคใต้ พบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรมในรูปแบบชาวภาคใต้ มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของประชาชนในภาคใต้เป็นอย่างมาก จะส่งผลถึงชุมชน ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันไป

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

กัญญาบุตร ศรีรินทร์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปราณี ใจเย็น (2539) ศึกษาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 คน พบว่าการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คิ่ง กิตติวัฒน์ และคณะ (2539) ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 201 รายที่โรงพยาบาลโพธาราม พบว่า การปฏิบัติของผู้ป่วยที่มีการควบคุมตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ถูกต้อง มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมยศ ศรีจรรย์ (2539) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล จำนวน 74 การปฏิบัติตัว พบว่ามีการปฏิบัติตัวเรื่องอาหารสูงสุด รองลงมา ได้แก่ การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และยา ตามลำดับ

พวงพยอม การภิญโญ (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 126 ราย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาวนา กิรยุดิวงค์ (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลละหานทราย จำนวน 30 ราย พบว่า การดูแลตนเองด้านอาหาร ยา และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ (2537) พบว่าการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ (2536) พบว่า การสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิชัย พิภพผลงาม และคณะ (2536) พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารเช้า จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

เสาวลักษณ์ แยมตรี (2532) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา ภาสุนันท์ (2530) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคต่างกัน จะมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปัจจัยร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธีรนนท์ วรรณศิริ (2532) ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศหญิง จำนวน 20 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิก โรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่พบว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็วบนสายพานเลื่อน สัมพันธ์กับการลดลงของระดับกลูโคสในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความเชื่อด้านสุขภาพด้าน การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Lawler และคณะ (1990) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และความใกล้ชิดกับครอบครัว ที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอายุ 15 – 18 ปี โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองของ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ไม่มี ความใกล้ชิดกับครอบครัวมีการควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี

Wang และFenske (1996) ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนที่มีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง

แหล่งของการสนับสนุน การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน

Marry K. Rhee และคณะ(2005) ศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง จำนวน 1560 คน หลังได้รับโปรแกรมการบริหารเรื่องยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม สามารถลดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lee Sh. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 48 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Prueksaritanond S. และคณะ (2004) ศึกษาประสิทธิผลของการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 78 คน พบว่า การให้การดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายสามารถลดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Du Pasquier-Fediaevky L และTubiana-Rufi N.(1999) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง จำนวน 143 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง และมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Avenell และคณะ (2004) ศึกษาการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานอย่างเข้มงวด พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Aghamolaei และคณะ (2004) ศึกษาผลการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ที่ดีขึ้นส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Johanna Burani และPalma J.(2006) ศึกษาการใช้อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

D.W.Dunstant และcolleagues (2006) ศึกษาการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีน้ำหนักมากกว่าปกติ จำนวน 57 คน พบว่าการออกกำลังกายสามารถลดน้ำหนักผู้ป่วย และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

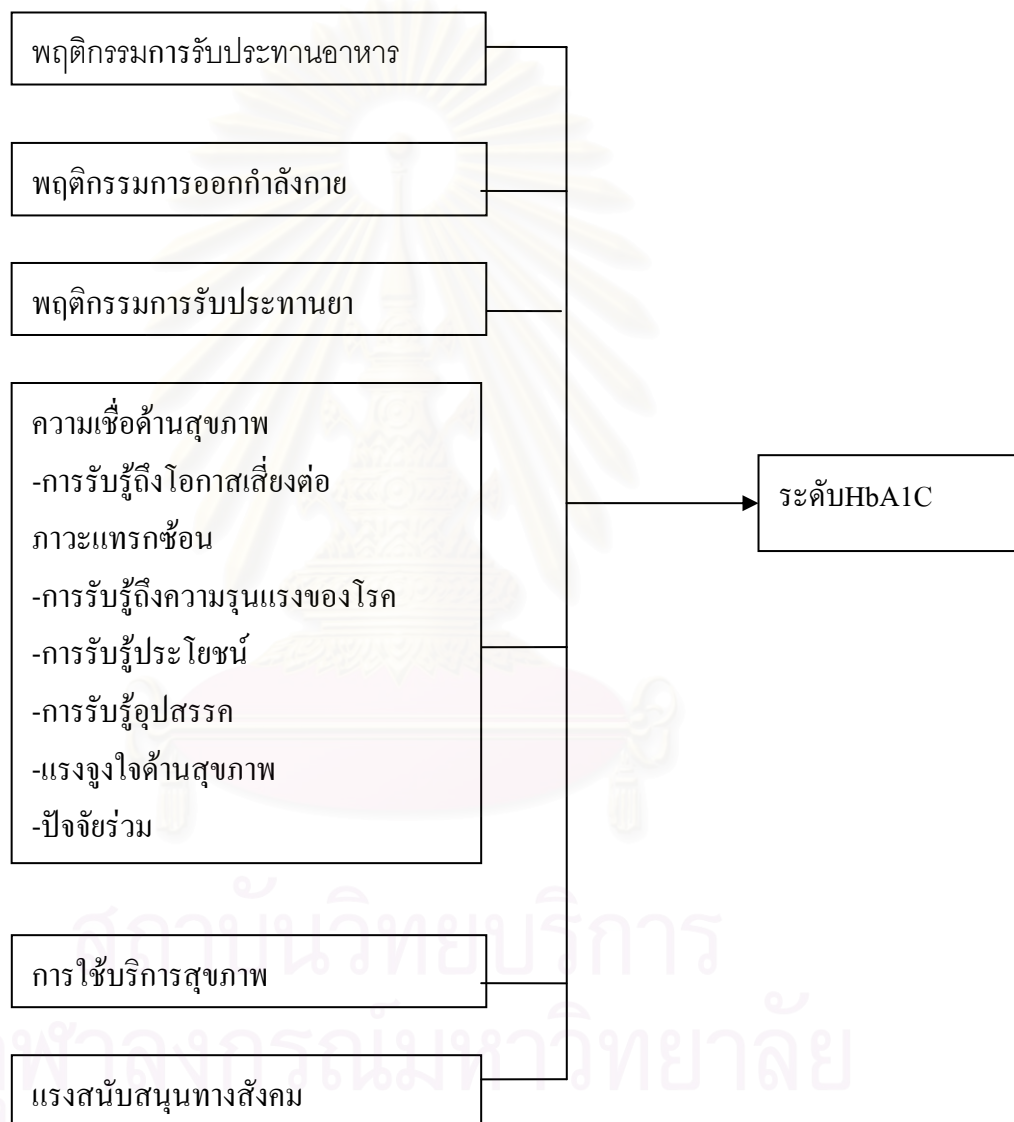
Rost, k.m.,Flavin,k.s.,Schmidt,L และMc Gill,J.B. (1990) พบว่าการปฏิบัติตัวด้านอาหาร และการออกกำลังกายสามารถทำนายความแปรปรวน ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 26

Bogardus,C และคณะ (1984) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 20 จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สามารถสรุปเป็นไดอะแกรมได้ ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) โดยศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี เข้ารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจโรคอายุรกรรม และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ คือ โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2550 ถึง เดือน มีนาคม 2550 โดยมีวิธีการดังนี้คือ

1. กำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.1. อายุตั้งแต่ 25 – 59 ปี เป็นโรคเบาหวาน
- 1.2. ไม่เป็นโรคเลือด โรคตับ โรคไต หรือมีภาวะซีด ถ้าเป็นเพศหญิง ต้องไม่ตั้งครรภ์ เนื่องจากจะทำให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง
- 1.3. ไม่มีความผิดปกติด้านจิตประสาท ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
- 1.4. พูดและสื่อด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- 1.5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ Thorndike (1987: 183-184) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$N \geq 10k + 50$ (N= จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา)

$N \geq (10 \times 12) + 50 \geq 170$ คน การศึกษาในครั้งนี้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 คน คิดเพิ่มโดยเทียบจากจำนวนร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในภาคใต้มีประมาณ 2,000 คน (Roscoe, 1975 อ้างถึงใน ชมพูนุช โสภากาจารย์, 2002: 5)

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับการตรวจรักษา แบบเฉพาะ เจาะจงโดยคัดเลือกรายชื่อจากรายงานประวัติผู้ป่วยที่นัดตรวจ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ซึ่งมีจำนวน 5 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา แต่เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่าง จากเพียง 4 โรงพยาบาลยกเว้นโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

4. เลือกผู้ป่วยเบาหวานแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ โดยกำหนดโรงพยาบาลละ 50 คน จำนวน 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรค น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง เพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อความ สถานภาพสมรส เป็นข้อความให้เลือก 3 ข้อความ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นข้อความให้เลือก 6 ข้อความ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรค น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งพัฒนาโดยศิริพร ปาระมะ (2545) และแบบสอบถามการดูแลตนเองด้านโภชนาการของ วินธนา คูศิริสิน (2546) มาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทภาคใต้ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีทั้งคำถามด้านบวก และด้านลบโดยมีข้อความทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อความทางลบจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นเป็นประจำ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อคำถามนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีเกณฑ์การ

เลือกตอบและให้คะแนนตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์ในการแปรผล ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนโดยนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยมากหมายถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรออกกำลังกาย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ของทวิวรรณ กิ่งโคกกรวด (2540) พงษ์ศักดิ์ ตันดิพลับทอง (2548) มาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทภาคใต้ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นเป็นประจำ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อคำถามนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามพฤติกรรมกรออกกำลังกาย มีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ในการแปรผล ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนโดยนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยมากหมายถึงพฤติกรรมกรออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ของ ทวิวรรณ กิ่งโคกกรวด (2540) ให้เข้ากับบริบทภาคใต้ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 5 ข้อ คำถามด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นเป็นประจำ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อคำถามนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร มีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
--------------	-------------

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์ในการแปรผล ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนโดยนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยมากหมายถึงพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งพัฒนาโดย จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) ครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ 6) ปัจจัยร่วม ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทภาคใต้ มีจำนวน 28 ข้อ เป็นคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ แปรผล คะแนนรายด้าน เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่

ระดับความเชื่อมาก	หมายถึง	ความเชื่อของท่านตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
ระดับความเชื่อปานกลาง	หมายถึง	ความเชื่อของท่านตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
ระดับความเชื่อน้อย	หมายถึง	ความเชื่อของท่านตรงกับข้อความนั้นน้อย

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ มีเกณฑ์การเลือกตอบ และให้คะแนนตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อความด้านบวก			ข้อความด้านลบ		
ระดับความเชื่อสูง	3	คะแนน	ระดับความเชื่อสูง	1	คะแนน
ระดับความเชื่อปานกลาง	2	คะแนน	ระดับความเชื่อปานกลาง	2	คะแนน
ระดับความเชื่อต่ำ	1	คะแนน	ระดับความเชื่อต่ำ	3	คะแนน

เกณฑ์ในการแปรผล ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนโดยนำคะแนนรายด้านแต่ละด้านมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยรายด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านนั้นอยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาเองจากแนวคิดของ Mechanic (1978) Aday และ Anderson(1979) และจากการทบทวนวรรณกรรม รวมถึงการศึกษาแบบสอบถามซึ่งสร้างโดย สมคิด สีสัทธี (2547) มีจำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ คำถามด้านบวก 6 ข้อ คำถามด้านลบ 6 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อความนั้นเป็นประจำ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อความนั้นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ เกณฑ์การเลือกตอบ และให้คะแนนตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

คำถามด้านบวก		คำถามด้านลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 3	คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2	คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1	คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์ในการแปรผลผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนน โดยนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยโดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง การใช้บริการสุขภาพเหมาะสมมาก

ชุดที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนาโดย ทวีวรรณ กิ่งโคกรวด (2540) ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับความใกล้ชิดผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การได้รับความรักความอบอุ่น เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า 3 ระดับ ได้แก่

มาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนตรงตามข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนตรงตามข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนตรงตามข้อความนั้นน้อย

เกณฑ์การให้คะแนนระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

มาก	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
น้อย	ให้	1	คะแนน

เกณฑ์ในการแปรผลผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนน โดยนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยโดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอยู่ในระดับมาก

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพและแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 คน โดยเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒির้อยละ 80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาร้อยละ 86 90 85 90 83 และ 90 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้มีการดัดแปลง และเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

ด้าน	ข้อคำถาม	ปรับเป็น
พฤติกรรมกร รับประทานอาหาร	-ท่านรับประทานอาหารหลักคือ ข้าวและกับข้าวทุกมื้อ -ท่านรับประทานข้าวต้ม ขนมจีน น้ำพริกผักเหนาะ -ท่านรับประทานอาหารทุกอย่าง ในงานเลี้ยง	-อาหารที่ท่านรับประทานแต่ละมื้อ ส่วนใหญ่เป็นข้าวและกับข้าว -ท่านรับประทานผักสด -ท่านรับประทานอาหารทุกอย่างใน งานเลี้ยงโดยไม่จำกัดปริมาณ
พฤติกรรมกรออก กำลังกาย	-ขณะออกกำลังกายท่านสังเกต การเต้นของชีพจร	-ท่านจับชีพจรของตนเองก่อนและ หลังการออกกำลังกาย
พฤติกรรมกร รับประทานยา	-ท่านหลีกเลี่ยงการขี้มยาจาก ผู้ป่วยโรคเดียวกันเมื่อยามด -ท่านใช้สมุนไพรร่วมด้วย	-ท่านไม่ขี้มยาจากผู้ป่วยโรคเดียวกัน เมื่อยามด -ท่านใช้สมุนไพรร่วมกับยาที่แพทย์ให้
ความเชื่อด้านสุขภาพ	-ท่านมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ได้ง่ายกว่าผู้ป่วยโรคเดียวกัน -ท่านควบคุมอาหารสม่ำเสมอ -ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ	-ท่านมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ ง่ายกว่าผู้ป่วยอื่น -ท่านมีความตั้งใจในการควบคุม อาหาร -ท่านมีความตั้งใจที่จะออกกำลังกาย
การใช้บริการ สุขภาพ	-ญาติ เพื่อนบ้าน แนะนำให้ท่าน ใช้ยาสมุนไพร ยากลางบ้าน	-ท่านใช้ยาสมุนไพร ยากลางบ้านตาม คำแนะนำของญาติ เพื่อนบ้าน
แรงสนับสนุนทาง สังคม	-ท่านมาโรงพยาบาลพร้อมกับ สมาชิกในครอบครัว -เมื่อเกิดปัญหาสมาชิกใน ครอบครัวช่วยแก้ปัญหา -ท่านรู้สึกเป็นภาระของสมาชิก ในครอบครัว	-สมาชิกในครอบครัวพาท่านมา โรงพยาบาลเมื่อถึงวันนัด -สมาชิกในครอบครัวสนใจในการช่วย แก้ปัญหา -สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่าน

2. การหาความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตาปี เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ ไปคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) หลังจากนั้นได้นำมาพิจารณาปรับปรุงและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากการทดลองใช้เครื่องมือ ($n = 30$) และจากการเก็บข้อมูลจริง ($n = 200$)

ชื่อแบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ ($n = 30$)	เก็บข้อมูลจริง ($n = 200$)
แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	.64	.67
แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย	.85	.80
แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา	.61	.61
แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ	.61	.66
ด้านที่ 1	.08	.66
ด้านที่ 2	.39	.42
ด้านที่ 3	.66	.46
ด้านที่ 4	.69	.23
ด้านที่ 5	.42	.64
ด้านที่ 6	.81	.85
แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ	.76	.67
แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	.88	.83

ระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ การตรวจระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะให้ได้ผลน่าเชื่อถือนั้นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยคำนึงถึงความตรงและความเที่ยงใน 5 ประเด็นหลัก (Burn & Grove, 1999) ดังนี้

1. Accuracy เปรียบได้กับความตรงของเครื่องมือวัด ว่ามีความสามารถในการวัดตัวแปรตามได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษาหรือไม่ เช่น ถ้าต้องการทราบผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว ควรวัดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะหรือระดับฟรุกโตซามีน

2. Selectivity คือ ความสามารถของเครื่องมือในการจำแนกข้อมูลที่ถูกต้องการจากความผิดพลาดอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นได้

3. Precision คือ ระดับของความคงที่ ถูกต้องแม่นยำในการวัด เครื่องมือต้องควบคุมคุณภาพของการทดสอบให้มีความคลาดเคลื่อนของการวัดแต่ละครั้งน้อยที่สุด

4. Sensitivity คือ ความไวของเครื่องมือ เครื่องมือต้องมีความสามารถในการจำแนกความแตกต่างที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยได้

5. Error คือ ความคลาดเคลื่อนของการวัด ที่อาจเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความผิดพลาดจากขั้นตอนหรือกระบวนการวัด ความคงที่ของกระแสไฟฟ้า

เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดของแต่ละโรงพยาบาลใช้ ได้ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน จากโรงงานผู้ผลิต มีค่าความถูกต้องและเที่ยงตรงของเครื่องมือสูงสุด ร้อยละ 100 ซึ่งมีการกำหนดขั้นตอนการตรวจไว้เป็นมาตรฐาน และทำการตั้งค่ามาตรฐาน ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย โรงพยาบาลละ 1 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเทคนิค

1.2 เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลในโครงการวิจัย

มีความคุ้นเคยกับภาษาของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 มีความสนใจและต้องการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายทำความเข้าใจในแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 7 ส่วน ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และให้ตัวอย่างเครื่องมือแก่ผู้ช่วยวิจัยทุกคน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับเครื่องมือทั้ง 7 ส่วน เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในแบบสอบถามและสามารถอธิบายหรือชี้แจงเพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้ถูกต้องตรงกับผู้วิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยโรงพยาบาลละ 1 คน ด้วยวิธีการใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง และติดตามข้อมูลผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) จากแฟ้มประวัติ ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือผ่านจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในโครงการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 – 12.00 น. ที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคเบาหวาน ในวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจเฉพาะโรค ในการคัดแยกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้ป่วยโรคเบาหวานตามคุณสมบัติที่กำหนด คัดหมายเลขที่เวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ทราบในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านและเขียนได้ด้วยตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบก่อนการตรวจรักษา ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่เหลือ หลังจากเสร็จสิ้นการตรวจรักษา และหากผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบไม่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง
4. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลหาดใหญ่

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย เข้าพบผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การตอบรับหรือการ

ปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งการออกจากการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใดถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมมารับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมมารับประทานรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมมารับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และกำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 โดยแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns & Grove, 2001: 529-530)

ค่า r ที่ .1 - .3 แสดงว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ค่า r ที่ .3 - .5 แสดงว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่า r ที่ >.5 แสดงว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูง

สหสัมพันธ์ของเพียร์สันค่า r จะอยู่ระหว่าง -1 และ $+1$ ค่าที่ใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ระดับ 0 แสดงว่าตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กัน ระดับความสัมพันธ์ -1 แสดงว่าตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์กันทางลบ กล่าวคือเมื่อตัวแปรหนึ่งมีคะแนนสูง อีกตัวแปรหนึ่งจะมีคะแนนต่ำ ระดับความสัมพันธ์ $+1$ แสดงว่าตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์กันทางบวก กล่าวคือตัวแปรทั้งสองจะมีค่าคะแนนไปในทางเดียวกัน คือสูงหรือต่ำทั้งคู่

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนาย ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ จำนวน 200 คน วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายจำแนกออกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้าน การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสามารถของตัวแปรได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้าน การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพยากรณ์ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของการนำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (n=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	2	1.00
40 - 44 ปี	8	4.00
45 - 49 ปี	28	14.00
50 - 54 ปี	93	46.50
55 - 59 ปี	69	34.50
$\bar{x} = 52.81$ S.D. 4.56		
เพศ		
หญิง	150	75.00
ชาย	50	25.00
สถานภาพสมรส		
คู่	152	76.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	35	17.50
โสด	13	6.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	49	24.50
ประถมศึกษา	82	41.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	12.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	4.50
อนุปริญญา/ปวส.	12	6.00
ปริญญาตรี	24	12.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
อาชีพ		
งานบ้าน	69	34.50
รับจ้าง	37	18.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	16.50
เกษตรกรรม	32	16.00
ค้าขาย	29	14.50
รายได้		
0 – 4,999 บาท	113	56.50
5,000 – 9,999 บาท	34	17.00
10,000 – 19,999 บาท	13	6.50
15,000 – 19,999 บาท	8	4.00
20,000 บาทขึ้นไป	32	16.00
$\bar{x} = 7,691.6$ S.D.= 4.56		
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
ต่ำกว่า 10 ปี	130	65.00
10 - 14 ปี	35	17.50
15 - 19 ปี	12	6.00
20 – 24 ปี	18	9.00
25 – 29 ปี	5	2.50
$\bar{x} = 8.20$ S.D.= 6.26		
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
ต่ำกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร	107	53.50
25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป	93	46.50
$\bar{x} = 25.45$ S.D.= 4.20		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ		
ต่ำกว่า 7 %	66	33.00
7 % ขึ้นไป	134	67.00
$\bar{x} = 7.96$ S.D.= 1.80		

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.81 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุช่วง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.50 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีสถานภาพสมรสคู่ สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 76.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 41.00 ประกอบอาชีพงานบ้านเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 34.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 9617.60 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 0-4,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.50 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานโดยเฉลี่ยประมาณ 8.20ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.00 มีดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 25.45 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 53.50 ส่วนระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะโดยเฉลี่ย 7.96 % โดยส่วนใหญ่มีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ 7% ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 67.00 ในขณะที่ผู้มีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำกว่า 7% เพียงร้อยละ 33.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมกรับประทานอาหาร พฤติกรรมกรอกกำลังกาย พฤติกรรมกรรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้าน การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมกรรับประทานอาหาร พฤติกรรมกรออกกำลังกาย พฤติกรรมกรรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (n = 200)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D)	ระดับ
1. พฤติกรรมกรรับประทานอาหาร	2.29	.18	เหมาะสมปานกลาง
2. พฤติกรรมกรออกกำลังกาย	1.84	.36	เหมาะสมปานกลาง
3. พฤติกรรมกรรับประทานยา	2.36	.23	เหมาะสมมาก
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ			
4.1 ปัจจัยร่วม	2.70	.41	สูง
4.2 รับรู้ประโยชน์	2.68	.37	สูง
4.3 รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	2.64	.43	สูง
4.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ	2.57	.34	สูง
4.5 รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	2.31	.35	ปานกลาง
4.6 รับรู้อุปสรรค	1.66	.53	ต่ำ
5. การใช้บริการสุขภาพ	2.60	.23	สูง
6. แรงสนับสนุนทางสังคม	2.52	.40	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้โดยรวมมีพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร และพฤติกรรมกรออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 2.29$ และ 1.84 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมกรรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 2.36$) ความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน รับรู้ประโยชน์ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.64, 2.68, 2.57$ และ 2.70 ตามลำดับ) ในขณะที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.3$) และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.66$)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีการใช้บริการสุขภาพ และมีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.60$ และ 2.52) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการรับประทาน
อาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (n = 200)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เหมาะสมมาก	74	37.00
เหมาะสมปานกลาง	126	63.00
เหมาะสมน้อย	0	0.00
$\bar{x} = 2.29$ S.D = .18		

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 2.29$) โดยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับเหมาะสมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.0

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (n = 200)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เหมาะสมมาก	14	7.00
เหมาะสมปานกลาง	120	60.00
เหมาะสมน้อย	66	33.00
$\bar{x} = 1.84$ S.D. = .36		

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 1.84$) โดยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับเหมาะสมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.0

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (n = 200)

พฤติกรรมการรับประทานยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เหมาะสมมาก	92	46.00
เหมาะสมปานกลาง	108	54.00
เหมาะสมน้อย	0	0.00
$\bar{x} = 2.36$ S.D. = .23		

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีพฤติกรรมการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 2.36$) โดยมีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับเหมาะสมปานกลางสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 54.00 รองลงมาระดับเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 46.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (n = 200)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน			2.64	.43
สูง	148	74.00		
ปานกลาง	48	24.00		
ต่ำ	4	2.00		
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค			2.31	.35
สูง	110	55.00		
ปานกลาง	80	40.00		
ต่ำ	10	5.00		
3. การรับรู้ประโยชน์			2.68	.37
สูง	161	80.50		
ปานกลาง	38	19.00		
ต่ำ	1	0.50		
4. การรับรู้อุปสรรค			1.66	.53
สูง	5	2.50		
ปานกลาง	85	42.50		
ต่ำ	110	55.00		
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ			2.57	.34
สูง	163	81.50		
ปานกลาง	36	18.00		
ต่ำ	1	0.50		
6. ปัจจัยร่วม			2.70	.41
สูง	160	80.00		
ปานกลาง	34	17.00		
ต่ำ	6	3.00		

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 74.00 ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.00 ด้านการรับรู้ประโยชน์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.50 ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคอยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 55.00 ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 81.50 และด้านปัจจัยรวมอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 80.0

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การใช้บริการสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (n = 200)

การใช้บริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง	172	86.00
ระดับปานกลาง	28	14.00
ระดับต่ำ	0	0.00
$\bar{x} = 2.60$ S.D. = .23		

จากตารางที่ 7 พบว่า การใช้บริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.60$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ ($n = 200$)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง	144	72.00
ระดับปานกลาง	51	25.50
ระดับต่ำ	5	2.50
$\bar{x} = 2.52$ S.D. = .40		

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้มีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.52$) โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้าน การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ (n=200)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P-value
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	-.238	.001
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-.049	.487
3. พฤติกรรมการรับประทานยา	-.204	.004
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ		
4.1 รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	-.075	.293
4.2 รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	.002	.977
4.3 รับรู้ประโยชน์	-.311	.000
4.4 รับรู้อุปสรรค	-.094	.187
4.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ	-.236	.001
4.6 ปัจจัยร่วม	.083	.241
5. การใช้บริการสุขภาพ	-.160	.023
6. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.008	.911

จากตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.238, -.204, -.311, -.236$ และ $-.160$ ตามลำดับ)

ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านปัจจัยร่วม รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮิโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสามารถของตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในภาคใต้

วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต้นหลายๆตัว กับตัวแปรตาม และระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรต้น เพื่อวิเคราะห์ดูว่าเป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหรือไม่ ซึ่งข้อตกลงคือ ตัวแปรต้นเหล่านี้จะต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือหากมีความสัมพันธ์จะต้องมีความสัมพันธ์กันไม่สูงมากนัก ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมรับประทานอาหาร (X_1) พฤติกรรมออกกำลังกาย (X_2) พฤติกรรมการรับประทานยา (X_3) ความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (X_4) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (X_5) การรับรู้ประโยชน์ (X_6) การรับรู้อุปสรรค (X_7) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (X_8) ปัจจัยร่วม (X_9) การใช้บริการสุขภาพ (X_{10}) และแรงสนับสนุนทางสังคม (X_{11}) และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Y) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

ตัวแปร	Y	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	X_{10}	X_{11}
Y	1.00											
X_1	-.238**	1.00										
X_2	-.049	.175*	1.00									
X_3	-.204**	.087	.029	1.00								
X_4	-.075	-.072	.107	.211**	1.00							
X_5	.002	.001	-.142*	.079	.242**	1.00						
X_6	-.311**	.125	-.114	.166*	.405**	.300**	1.00					
X_7	-.115	-.056	-.127	-.101	-.080	.049	.022	1.00				
X_8	-.236**	.202**	.085	.049	.111	.142*	.265*	-.070	1.00			
X_9	.083	.010	.263**	-.077	-.145*	-.162*	-.060	-.151*	.174*	1.00		
X_{10}	-.160*	.260**	.303**	.115	.095	.114	.113	-.137	.230*	.295**	1.00	
X_{11}	-.008	-.009	.198**	-.055	-.007	-.083	.037	-.105	.160*	.586**	.279**	1.00

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 * นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่10 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยกัน พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร(X_1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (X_2) ความเชื่อด้านสุขภาพด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ(X_8) และการใช้บริการสุขภาพ (X_{10}) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($r = .175, .202$ และ $.260$ ตามลำดับ) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (X_2) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค (X_5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.142$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพด้านปัจจัยร่วม (X_9) การใช้บริการสุขภาพ (X_{10}) และแรงสนับสนุนทางสังคม (X_{11}) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .263, .303$ และ $.198$ ตามลำดับ) พฤติกรรมการรับประทานยา (X_3) มีความสัมพันธ์ทาง บวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน(X_4) และการรับประโยชน์ (X_6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .211$ และ $.166$ ตามลำดับ)

ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน(X_4) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค (X_5) และการรับประโยชน์ (X_6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .242$ และ $.405$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อด้านสุขภาพด้านปัจจัยร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.145$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค (X_5) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประโยชน์ (X_6) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (X_8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .300$ และ $.142$ ตามลำดับ)และสัมพันธ์ทางลบกับ ด้านปัจจัยร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.162$) ด้านการรับประโยชน์ (X_6) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ(X_8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .265$) ด้านการรับรู้อุปสรรค (X_7) มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านปัจจัยร่วม (X_9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.151$) ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านปัจจัยร่วม (X_9) การใช้บริการสุขภาพ (X_{10}) และแรงสนับสนุนทางสังคม (X_{11}) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .174, .230$ และ $.160$ ตามลำดับ) ด้านปัจจัยร่วม (X_9) มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม (X_{11}) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .586$) และการใช้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .279$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นด้วยกันเองพบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และปานกลาง มีเพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม(X_9) กับแรงสนับสนุนทางสังคม (X_{11}) เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในระดับก่อนข้างสูง ($r = .586$)

หลังจากทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตารางที่ 11 วิเคราะห์ความสามารถของตัวแปรได้แก่พฤติกรรมรับประทานอาหาร(X_1) พฤติกรรมรับประทานยา (X_3) ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ (X_6) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (X_8) ด้านปัจจัยร่วม (X_9) การใช้บริการสุขภาพ (X_{10}) และแรงสนับสนุนทางสังคม (X_{11}) ในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Y) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

ตัวแปรทำนาย	R					
	square change	b	S.E.	Beta	t	p-value
1. ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ (X_6)	.097	-1.296	.329	-.263	-3.937	.000
2. พฤติกรรมรับประทานอาหาร (X_1)	.040	-1.889	.648	-.193	-2.913	.003
3. พฤติกรรมรับประทานยา (X_3)	.020	-1.118	.521	-.143	-2.146	.033
Constant = 18.394		S.E.= 1.904	$R^2 = .157$	Adjust $R^2 = .144$		

จากตารางที่ 11 พบว่า ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ (X_6) พฤติกรรมรับประทานอาหาร (X_1) และพฤติกรรมการรับประทานยา (X_3) มีความสามารถในการร่วมกันทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Y) ได้ร้อยละ 15.7 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ 1.904 โดยที่ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ (X_6) ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับ 1 สามารถทำนายได้ร้อยละ 9.7 พฤติกรรมรับประทานอาหาร(X_1) เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับ 2 สามารถทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Y) เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.0 (R^2 change = .040) และพฤติกรรมการรับประทานยา (X_3) เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับสุดท้ายสามารถทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Y) เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.0 (R^2 change = .020) โดยมีค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแก้แล้ว เท่ากับ .144 และมีความคลาดเคลื่อนในการทำนายเท่ากับ 1.904 นั่นคือ ถ้านำตัวแปรทั้ง 3 ตัว ไปทำนายระดับฮีโมโกลบินที่

มีน้ำตาลเกาะไปใช้กับกลุ่มอื่นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ค่าความสามารถในการทำนายจะลดลงเป็นร้อยละ 14.4

ความเชื่อสุภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ (X_0) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (X_1) และพฤติกรรมการรับประทานยา (X_2) มีความสามารถในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถนำมาเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

รูปคะแนนดิบ

$$Y = 18.394 - 1.296(X_0) - 1.889(X_1) - 1.118(X_2) - 1.118(X_3)$$

รูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = -.263(X_0) - .193(X_1) - .143(X_2)$$



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการของรัฐในภาคใต้ มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศชาย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง โดยมีการกำหนดคุณสมบัติและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Thorndike (1987: 183-184) และคิดเพิ่มโดยเทียบจากจำนวนร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมดได้กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาคือ 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 7 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา 5) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ 6) แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ 7) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ในส่วนของแบบสอบถามชุดที่ 2-7 ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การสื่อความหมายของข้อความ คำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์เป็นรายข้อและหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพแบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .64 .85 .61 .61 .76 และ .88 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามชุดดังกล่าวเท่ากับ .67, .80, .60, .64, .81 และ .83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และอำนาจการทำนายโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของการนำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ และ การใช้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.238, -.204, -.311, -.236$ และ $-.160$ ตามลำดับ) แต่พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านปัจจัยร่วม รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

2. ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนาย ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ได้ร้อยละ 15.7 ($R^2 = 0.157$)

โดยสามารถสร้างสมการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ}} = -.263_{\text{ความเชื่อสุภาพด้านการรับรู้ประโยชน์}} - .193_{\text{พฤติกรรมมารับประทานอาหาร}} - .143_{\text{พฤติกรรมมารับประทานยา}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) มีอายุระหว่าง 50-54 ปี (ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือช่วงอายุ 55-59 ปี (ร้อยละ 34.5) สอดคล้องกับที่ ชนิกา สุรสิงห์จันทร์เดช (2545: 40) กล่าวว่า เบาทหวานชนิดที่สอง มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ด้านสถานภาพการสมรส กลุ่มตัวอย่างมี สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) งานบ้าน เป็นอาชีพที่พบในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (ร้อยละ 34.5) มีรายได้อยู่ในช่วง 0-4,999 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 56.5) ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่ำกว่า 10 ปี (ร้อยละ 65)

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมมารับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร พบว่า มีทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ จึงแยกประเด็นอภิปราย ดังนี้

1.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมมารับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .238$) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูก

ต้องในปริมาณที่เหมาะสมตามหลักอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน อาหารที่ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดจำนวนและความเหมาะสมในการบริโภค จะส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะสูงกว่าเกณฑ์ที่แปรผลว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะมาก กว่า 7 เปอร์เซ็นต์ ถึงร้อยละ 67 สอดคล้องกับการศึกษาของ ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536) และสุนทร หิรัญวรรณ (2538) ที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง และการศึกษาของ Aghamolaei และคณะ (2004) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินลดลง

พฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.204$) โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}=2.36$ และ $S.D=0.23$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การรับประทานยาในขนาดที่ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลาและสม่ำเสมอ มีการวางแผนการใช้ยาเมื่อต้องเดินทาง การปรึกษาแพทย์เรื่องการปรับขนาดขนาดยา จะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ (วิทยา ศรีดามา, 2545: 255; วีรพันธ์ โชจิฑูรกิจ, 2545: 115; เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2545: 22; สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร, 2545: 249) เนื่องจากการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพของอินซูลิน ลดการสร้างน้ำตาลจากตับ เพิ่มการใช้น้ำตาลกลูโคสที่กล้ามเนื้อ ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ กระตุ้นเซลล์ให้มีความไวในการรับอินซูลิน ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (ทวี อนันตกุลณี, 2545: 116-120) ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานยาตามแพทย์สั่งนั้น เป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายกว่าการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตด้านอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของภาวนา กิรยุดิวศ์ (2537) พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยาในระดับปานกลางหรือระดับสูง จะมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำ และการศึกษาของ ชูดิธนา วีระวัฒน์ชัย (2540) พบว่า การได้รับยาในขนาดที่สูงกว่าขนาดในการรักษา ทำให้มีความเปลี่ยนแปลง ของระดับน้ำตาลในเลือด และ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Onuma Keawkerd (2002) ที่พบว่า การรับประทานยาตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

ความเชื่อสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($r=.311$) เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับพฤติกรรมการรับประทานยา พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=.166$) หมายความว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการรับประทานยา มีความเกี่ยวข้องกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา วงษ์แหลมทอง (2542) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Aghamolaei และคณะ(2004) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา ที่ดีขึ้นส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินลดลง

ความเชื่อสุขภาพด้านแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .236$) หมายถึงความสนใจที่ผู้ป่วยเบาหวานให้กับสุขภาพของตนเอง ความตั้งใจ ขอมรับ และร่วมมือในการรักษา จะส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดต่ำลง และพบว่าความเชื่อสุขภาพด้านแรงจูงใจความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .202$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ (2545) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งการดูแลตนเองที่ดีจะส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง และจากการศึกษาพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .202$) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ความสนใจกับสุขภาพของตนเอง ความตั้งใจ ขอมรับ จะทำให้มีการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการรับประทานที่ดี จากการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528)กา และนิตยา ภาสุนันท์ (2530) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ คอนเนลลี่ (Connelly, 1987: 626) ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมดูแลตนเองตามกระบวนการของชีวิตและดำรงรักษาไว้ และการดูแลตนเองที่เหมาะสม น่าจะส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองลดลง

การใช้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .160$) ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติที่ผู้ป่วยเบาหวานกระทำเพื่อสนองต่อความเจ็บป่วย หรือสุขภาพ ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ใช้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข ไม่ซื้อยารับประทานเอง มีความพึงพอใจในการให้บริการของสถานบริการได้ รับการประเมินสุขภาพและการดำเนินของโรคอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำ

ตาลเกาะอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Harris (2001) ที่พบว่า การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองวัยผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด

1.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรค และด้านปัจจัยร่วม รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะโดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 1.84$ S.D= .23) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ คือ มีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะมากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอาชีพแม่บ้าน จึงอาจไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย เนื่องจากต้องรับภาระในบ้าน และการเป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานาน ($\bar{x} = 8.20$) ทำให้ด้อยอรรถภาพเสียหน้าที่มาก จึงไม่สามารถที่จะใช้เพียงวิธีการออกกำลังกาย หรือควบคุมอาหาร ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้คงต้องใช้การรักษาด้วยยาาร่วมด้วย จึงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Blau et al., 1997: 7-8; สารัชสุนทรโยธิน, 2545: 30-31) และอีกเหตุผลหนึ่งคือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตลอดชั่วชีวิต เป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน และทำได้ยากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ (healthcare provider) มักมุ่งที่จะให้ความรู้เพิ่มทักษะ และแก้ปัญหา ซึ่งนับว่าเป็นวิธีการที่ดี แต่มักไม่ได้คำนึงถึงสิ่งจูงใจ ขั้นตอนและความพร้อมของผู้ป่วยจึงทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ไม่ดีนัก (Weyer, 1999: 171-189; Linda, 2003: 1624; Michael, 2003: 1468) โดยเฉพาะในเรื่องการออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำอย่างละเอียดจากแพทย์ และทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ในด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ความชอบ ความพร้อม และภูมิหลัง แต่ที่ผ่านมามีพบว่า การให้สุขศึกษา ผู้สอนมักให้แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายไว้กว้างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าควรออกกำลังกายแบบใดควรหรือไม่ควร ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pairum Tansakul (2000) และ Onuma Keawkerd (2002) ที่พบว่า การออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง

ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านปัจจัยร่วม รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ($r = .075$.002 .083 .115 และ .008 ตามลำดับ) โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านปัจจัยร่วม ในระดับสูง และ ด้าน

การรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}=2.64$ 2.31 2.70 และ 1.66 ตามลำดับ) อาจกล่าวได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความเชื่อด้านสุขภาพ ในส่วนของการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านปัจจัยร่วม ในระดับสูง และ ด้านการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับต่ำ ก็ไม่สามารถนำมาอธิบายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานยา เป็นตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค ความเชื่อสุขภาพด้านแรงจูงใจ ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสามารถในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน

ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน สามารถทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้ร้อยละ 10 มีค่า Beta หรืออำนาจการทำนายสูงสุด (Beta = .263) ทั้งนี้เนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ก็จะเกิดแรงจูงใจ และความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไม่ย่อท้อ และเบื่อบ่อย ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน จึงเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการกระทำเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในที่สุด คล้ายคลึงกับการศึกษาของศิริมา วงษ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการควบคุมโรคได้ คือ หากผู้ป่วยรับรู้ว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ก็จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สามารถทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4 เป็นตัวแปรที่สามารถทำนาย ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ เป็นอันดับที่สอง (Beta =.193) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีรูปร่างสมส่วนไม่อ้วน เนื่องจากความอ้วนเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง และส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด กล่าวคือความอ้วนทำให้ทำให้อินซูลินรีเซปเตอร์ในเนื้อเยื่อต่างๆ น้อยลง การออกฤทธิ์ของอินซูลิน ในกระ

บวนการเผาผลาญน้ำตาลในระดับเซลล์จึงผิดปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (วัลลา ดันติ โยทัย และอดิษฐ์ สงคี, 2540: 255-256) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีจะทำให้น้ำหนักตัวลดลง ทำให้อินซูลินทำงานได้ดีขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดจึงลดลง (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2545: 132)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สามารถทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลตัวสุดท้ายในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ โดยมีค่า Beta หรืออำนาจการทำนายเท่ากับ .143 จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 54 ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะมากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ มีมากถึงร้อยละ 67 ผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ที่ประกอบอาชีพประมง ต้องออกทะเลเป็นระยะเวลานาน ขาดการวางแผนการใช้ยา การทำงานที่ต้องพึ่งพายุอากาศ ต้องรีบเร่ง ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหยุดยารับประทานด้วยตนเองส่งผลกระทบต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Onuma Keawkerd.(2002) ที่พบว่า การรับประทานอาหารตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด คือผู้ป่วยที่ไม่เพิ่มหรือลดยาเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็น 2.91 เท่าของผู้ป่วยที่เพิ่มหรือลดยาเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภาวนา กิระคุณวงศ์ (2537) ที่พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในระดับปานกลางหรือระดับสูง จะมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำ และการศึกษาของ ชุตินา วีระวัฒน์ชัย (2540) พบว่า การได้รับยาในขนาดที่สูงกว่าขนาดในการรักษาทำให้มีความเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ของผู้ป่วยเบาหวานในภาคใต้ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วม การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าตัวแปรดังกล่าว มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะระดับต่ำ คือมีความสัมพันธ์เท่ากับ -.049 -.075 -.083 -.160 และ -.008 ตามลำดับ ทำให้ไม่สามารถทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้ เนื่องจากตัวแปรทำนาย และตัวแปรตามควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง มิฉะนั้นจะส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์การทำนายและสัมประสิทธิ์ถดถอย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) และตัวแปรความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วม อาจมีความสามารถโดยอ้อมในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ผ่านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับประทานอาหาร ดังจะเห็นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อสุขภาพ และพฤติกรรมดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น และเมื่อพิจารณาความผันแปร ของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะที่เหลืออีกร้อยละ 84

ซึ่งไม่สามารถทำนายได้ อาจเนื่องจากบริบทของภาคใต้ ที่ต่างจากภาคอื่นๆจึงส่งผลถึงตัวแปรที่คัดสรร

สรุปได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา เป็นตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้ร้อยละ 16 ส่วนค่าอำนาจการทำนายที่เหลืออีกร้อยละ 84 น่าจะเกิดจากตัวแปรตัวอื่นๆที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระยะเวลาของการเป็นโรค รายได้ ระดับการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ให้ตระหนัก ถึงการปรับเปลี่ยนความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมสุขภาพ การมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และยา เพื่อควบคุมฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะให้อยู่ในระดับปกติ

1.2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุก เช่น การมีพยาบาลที่ปรึกษาประจำครอบครัว การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากโดยให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นสถานบริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การจัดกลุ่มเบาหวานประจำหมู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้พบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

2.1. จากผลการวิจัยที่พบว่าความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนาย ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ได้ร้อยละ 15.7 ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบการให้บริการที่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2. จากผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ด้านปัจจัยร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยในช่วงก่อนหน้านี้ จึงควรนำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาในเชิงลึก เช่นการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัย

แบบก้าวหน้า โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อที่จะได้
ข้อเท็จจริงในเชิงลึกมากขึ้น

2.3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายระดับอีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ
โดยศึกษาอิทธิพลทางอ้อมร่วมด้วย

2.4. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรคำนึงถึงเครื่องมือที่ใช้ ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง
โดยพิจารณาถึง ระดับการศึกษาาร่วมด้วย

2.5. การเก็บข้อมูลโดยมีผู้ช่วยผู้วิจัย ควรคำนึงถึงภาษาถิ่นที่ใช้ในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง
ร่วมด้วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลรัตน์ ป่านทอง. 2548. ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีรำไม้พลองป่าบุญมี ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กรมการแพทย์. 2533. ภาวะน้ำตาลสูงเรื้อรังโรคเบาหวานสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรรณิกา เรือนจันทร์. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรรณิการ์ แก้วเพชร. 2546. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน หมู่ 5 ต. มะขามเตี้ย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วิทยุทางการแพทย์พยาบาลกลุ่มวิชาพื้นฐานการพยาบาลและการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี.
- กรองจิตร์ ชมสมุทร. 2530. ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2538. รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กาญจนา ประสานปราน. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติ อังสุสิงห์. 2533. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน. ใน วรณี นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), คู่มือการให้ความรู้โรคเบาหวาน, กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- กุศล สุนทรธาดา และวรัชย์ ทองไทย. 2539. ลักษณะของผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- กัญญาบุตร ศรีนรินทร์. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลบ้านลาด จ.เพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จริยาวัตร คมพักษณ์. 2539. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. ข่าวสารพยาบาลศาสตร์ 6(2): 96.
- จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์. 2544. รูปแบบความสามารถในการ ดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลอุดรธานี 16 (1): 34-41.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.
- จิตติมา จรุงสิทธิ์. 2545. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา สิริบุษกะ. 2538. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์ และพิสมัย จารุชวลิต. 2542. สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และรูปแบบให้บริการสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพระพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวลี โหมยิตทาภิวัฒน์. 2534. ปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชุตินา วีระวัฒน์ชัย. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิกบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตรีพร ชุมศรี. 2549. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐกาญจน์ วิสุทธีมรรค. 2543. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวี อนันตกุลนที. 2545. ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด. ใน รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ), ความรู้เรื่อง เบาหวาน ฉบับสมบูรณ์, หน้า107-121. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, จิตินันท์ศิริฉาย และปทุม สร้อยวงศ์. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน. พยาบาลสาร 20(2): 13-23.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2545. ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพ หิมะทองคำ. 2548. ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. ใน รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์(บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.
- ธิดารัตน์ ทรายทอง. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ความมุ่งมั่นต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกกลุ่มออกกำลังกาย จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธีรนนท์ วรรณศิริ. 2532. การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังการเดินบนสายพานเลื่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นัฐพงศ์ เทพจารีย์. 2534. ความยึดมั่นผูกพันในศาสนาอิสลามของคนไทยมุสลิมชนบท จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีผลต่อพฤติกรรม ด้านสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2542. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- บุญทิวา โพธิ์เจริญ. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกรับปรึกษาสุขภาพโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล. 2545. เบาทหวานกับการออกกำลังกาย. ใน รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์(บรรณาธิการ), ความรู้เรื่อง เบาทหวาน ฉบับสมบูรณ์, หน้า 92-95. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์.
- ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. 2535. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน: การศึกษาเชิงมนุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปนัดดา ปรียทฤท. 2539. กรอบแนวคิดทางวิทยาการระบาด: การนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในระดับครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(3): 30-38.
- ประศาสน์ ลักษณะพุกก์. 2545. โรคแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน, หน้า 120-126. กรุงเทพมหานคร: ยูนิซีพับลิเคชั่น.
- ปราณี ใจเย็น. 2539. ประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาอย่างมีรูปแบบต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 4(1): 22-31.
- ประราลี โอภาสนันท์. 2542. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคในผู้สูงอายุเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พงษ์ศักดิ์ ตันติพลับทอง. 2548. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโลกโพธิ์ อำเภอโลกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการเขต 12 16(4.2): 1-11.
- พรพิศ ชีวะคำนวน. 2535. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรหมศิริ อำไพ และพนพัฒน์ โตเจริญวาณิช. 2548. การสำรวจสภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม
การใช้บริการด้านสุขภาพในชุมชนถึงชนบท ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่.

วารสารวิชาการเขต 12 16(4.2): 13-22.

พวงพะยอม การกัญญา. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือใน
การรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาวนา กิริติคุณวงศ์. 2537. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลระดับ
จังหวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาวนา กิริติคุณวงศ์. 2546. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บี.เพรส.

ภาวดี มโนหาญ และคณะ. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว
พยาบาลสาร 4 (4): 3.

เยาวเรศ สมทรัพย์. 2543. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัด
สงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์. 2546. ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน. เอกสารประกอบการอบรม
28 ก.ค.-1ส.ค. 2546. สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

เรืองศักดิ์ ศิริผล. 2542. การออกกำลังกายกับการควบคุม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
โรคหัวใจขาดเลือด: การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

รัตนกรรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้
สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลดาวลัย ศรีชัยรัตน์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลตนเอง
และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของนักศึกษาพยาบาล
เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ถ้ายของ ทับทิมศรี. 2541. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแล
 เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา
 พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วชิรวรรณ สุวรรณไตรย์. 2543. ความเข้มแข็งในการมองโลกและการควบคุมระดับน้ำตาลใน
 เลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณภา กุมารจันทร์. 2543. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 โทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์. 2540. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสาร
 วิจัย 1 (1): 71-91.
- วรรณิ นิธิยานนท์. 2535. การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพมหานคร:
 เรือนแก้ว.
- วรัมพร จันทร์ยังมี. 2545. นานากระบวนการที่สนับสนุนการปฏิบัติกรพยาบาลที่สอดคล้องกับการส่งเสริม
 สุขภาพและการป้องกันโรค ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค. วารสารชมรมพยาบาล
 สายงานพยาบาล 11(1): 5-17.
- วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี. 2540. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล
 (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์ 4, กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- วิชัย พักผลงาม และคณะ. 2536. ผลการให้สุขศึกษาและการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
 ผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา 6: 38-51.
- วิทยา ศรีคามา. 2545. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
 ยูนิตี พับลิเคชัน.
- วินธนา กุศิริสิน. 2546. การดูแลตนเองด้านด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือด
 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา
 พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวัล ผลพลอย. 2538. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
 เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิลาสินี แผ้วชนะ. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อ อารมณ์ภายในตน
 ด้านสุขภาพ ความเชื่อ อารมณ์ภายนอกคนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความ
 รุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา

- การพยาบาลศีกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีรพันธ์ โขวิฑูรกิจ. 2545. กลไกการเกิดโรคแทรกซ้อนในเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน, หน้า109-144. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- ศิริพร ปาระมะ. 2545. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. 2542. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2542. การพยาบาลโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สายรุ้ง บัวระพา. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด สีสัทธี. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร. 2545. การให้ความรู้โรคเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา(บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน, หน้า249-254. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- สารัช สุนทรโยธิน. 2545. กลไกการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2. ใน วิทยา ศรีดามา(บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน, หน้า26-33. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- สาธิต วรรณแสง. 2544. มารูจักโรคเบาหวานกันเถอะ. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สาธิตา เมธนาวิน และสุภาวดี ด่านธำรงกุล. 2536. การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต. สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, หน้า 13-33. กรุงเทพมหานคร: ลดาวัลย์พรินติ้ง.

- สุธีรัตน์ แก้วประโลม. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางด้านสังคม. กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทรา หิรัญวรรณ. 2538. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลแก่งค้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทรี นาคะเสถียร. 2545. การติดตามประเมินผลการควบคุมเบาหวาน. ใน รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์(บรรณาธิการ), ความรู้เรื่อง เบาหวาน ฉบับสมบูรณ์, หน้า 123-129. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ. 2539. เบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา(บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 3, หน้า 450-461. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สุพัตรา ศรีวิเศษ. 2542. อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการด่านแรก. ใน พงพิสุทธิ์ จงอุดมศักดิ์ และทัศนีย์ สุรกิจโกศล(บรรณาธิการ), เวชปฏิบัติครอบครัวบริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน, หน้า 9-23. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุปราณี เสนาดิสัย. 2544. เรื่องระบบบริหารการพยาบาลกับการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. เอกสารในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1. เรื่องการจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. เสนอที่โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร วันที่ 22-24 สิงหาคม 2544. สภาการพยาบาล. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
- สุภาภรณ์ ดั่งแสง. 2531. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวลักษณ์ เข้มตรี. 2532. ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์. 2540. การรับรู้บทบาท กับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ. 2537. ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา. 2545. อาหารกับการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและ
อนามัย 25(1): 12.
- อัจฉราพร บุญยืน. 2541. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อโนชา ตั้งโพธิ์ธรรม. 2537. การศึกษาองค์ประกอบของสารอาหาร ในอาหารที่ปรุงสำเร็จที่นิยม
บริโภคในภาคใต้. รายงานการวิจัย. ภาควิชาชีวเคมี คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อโนชา ตั้งโพธิ์ธรรม. 2539. รายงานโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาองค์ประกอบของอาหาร
ภาคใต้. รายงานการวิจัย. ภาควิชาชีวเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อโนชา ตั้งโพธิ์ธรรม. 2542. คุณค่าอาหารจานเดียวของภาคใต้ ณ โรงอาหาร คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. รายงานการวิจัย. ภาควิชาชีวเคมี คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุระณี รัตนพิทักษ์ และคณะ. 2536. การศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อ
ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 11(3):
179-185.
- อุรา สุวรรณรักษ์. 2542. การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลสะทิงพระ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชา
พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุไรวรรณ โพธิ์พนม. 2545. ผลของการร่ำรวยเงินซึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วย
เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Avenell, A., et al. 2004. What interventions should we add to weight reducing diets in adults with obesity? A systematic review of randomized controlled trials of adding drug therapy, exercise behaviour therapy or combinations of these interventions. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**. 17(4): 293-297.
- American Diabetes Association: ADA. 2002. Standard of medical care for patients with diabetes mellitus. **Diabetes Care** 25 (Suppl. 1): S33-S49.
- American Diabetes Association: ADA. 2002. Diabetes mellitus and exercise. **Diabetes Care** 25 (Suppl.1): S64-S68.
- American Diabetes Association: ADA. 2002. Evidence-base nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complication. **Diabetes Care** 25 (Suppl.1): S50-S60.
- Backer, M.H. (ed). 1974. The health belief model and personal health behavior. **Health educational monograph 2**: 47-473.
- Black, J.M., and Jacobs, E.M. 1993. **Luckmann and Sorensen's medical-surgical Nursing: A psychophysiologic approach**. 4th ed. United States: W.B. Saunders.
- Blaum, C.S., et al. 1977. Characteristics related to poor glycemic control in NIDDM patients in community practice. **Diabetes Care** 20(1): 7-11.
- Bloomgarden, Z.T. 1996. Conference report: Approaches to the treatment to type II diabetes and development in glucose monitoring and insulin administration. **Diabetes Care** 19(8): 906-909.
- Bogardus, C., et al. 1984. Effect of physical training and diet therapy on carbohydrate metabolism in patients with glucose intolerance and non-insulin dependent diabetes mellitus. **Diabetes** 33: 311-318.
- Brandt, P.A., and Weinert, C. 1981. The PRQ-A social support measure. **Nursing Research** 30: 277-280.
- Brown, M.A. 1986. Social support during pregnancy: An unidimensional or multidimensional construct. **Nursing Research** 35: 4-9.
- Clark, M.J. 1992. **Nursing in the community**. 2nd ed. California: Appleton & Lange.
- Cobb, S. 1979. Social support and health through the life course. In M.W. Riley (ed.), **Aging from birth to death**, pp. 93-106, New York: Westriss press.

- Cohen, S., & Wills, T.A. 1985. Stress, social support and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin** 98 (2): 310-357.
- Connelly, C.E. 1987. Self-care and the chronically ill patient. **The Nursing Clinics of North America** 22(9): 621-629.
- Du Pasquier-Fediaevsky, L. and Tubiana-Rufi, N. 1999. Discordance between physician and adolescent assessments of adherence to treatment: Influence of HbA1C level. The PEDIAB Collaborative Group. **Diabetes Care** 22(9): 1445-1449.
- Duanstant,D.W. 2006. Supervised exercise programs are more effective than home-based programs for controlling type 2 diabetes. **Diabetes Care** 29: 2586-2591.
- Griffith, L.S., Field, B.J, & Lustman, P.M. 1990. Life stress and social support in diabetes: Association with glycemc control. **Journal Psychaiatry in Medicine** 20(4): 365-372.
- Glasgow, R.E., and Toobert, D. J. 1988. Social environment and regimen adherence among type 2 diabetic patients. **Diabetes Care** 11: 377 – 386.
- Johanna Barani and Palma, J. 2006. An effective behavioral change for glycemc control and weight management in patients with type 1 and 2 diabetes. **The Diabetes Educator** 32: 78-88.
- Harris, M.I. 2001. Racial and ethnic differences in health care access and health outcome for adult with type 2 diabetes. **Diabetes Care** 24(3): 453-459.
- House, J.S. 1981. **Work stress and social Support**. California: Addison-Wesley Publising.
- Hubbard, P., Muchlenkamp, A.F., and Brown, N. 1984. The Relationship between social support and self – care practices. **Nursing Research** 33: 266 –269.
- Kahn, R.L. 1979. Aging and social support. In Riley, M.N. Edited. **Aging form birth to dead : Interdisciplinary perceptions**. Cororado: Westem Press.
- Kals, S.V. and Cobb, S. 1966. Health behavior, illness behavior and sick behavior. **Archives of Environmental Health**. 12 February: 246-266.
- Kaplan, H.B., Cassel , J.C., and Gore S., 1997. Social support and health. **Medical Care**. 15: 50-51.

- Lawler, M. K., Volk, R., Viviani, N., and Mengel, M.B. 1990. Individual and family factors impacting diabetic control in the adolescent: A preliminary study. **Maternal – Child Nursing Journal** 19: 331–345.
- Lee, S.H. 2003. A study of the relationship of self-efficacy, knowledge, and self-care behavior to metabolic level in patients with NIDDM. **J. Korean Acad Fundam Nurs.** 10(2) : 171-180.
- Lemone. P., and Burke,K.M. 2000. **Medical-surgical nursing: Clitical thinking in client care.** 2 nd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Linda, S. 2003. Stage of change and eating behavior. **Diabetic Care**26(5): 1624-1625.
- Keawkerd, O. 2002. **Factor affective blood glucose level in diabetes mellitus: A case study suppasitthprasong hospital, Ubonratchathani.** Master’s Thesis, Community Health Nursing. Graduate School Mahidol University.
- Orem, D.E. 1995. **Nursing: Concepts of Practice.** 5th ed. St. Louis: Mosby – Year Book.
- Mary,K., et al. 2005. Patients adhernce improves glycemic control. **The Diabetes Educator.** 31: 240-250.
- Michale, V. 2003. Stage of change for healthy eating in diabetes. **Diabetic Care** 26(5): 1468-1474.
- Penchansky, R., & Thomas, J.W. 1981. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**19(2): 127-140.
- Pender, N.J. 1996. **Health promotion in nursing practice.** 2nd ed. United States of America : Appletion and Lange.
- Pumsang, P. 2000. **Modification of health related Life-style and glucosregulation of type 2 diabetes clients.** Master’s Thesis. Community health nursing Graduats School Mahidol University.
- Peyrot, M.F., McMurry, J.F., and Kruger, D.F. 1999. A biolpsychosocial model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence, **Journal of Health and Social Behavior** 40(6): 141-158.
- Tansakul,T. 2002. **Health behavior affecting plasma glucose control in type 2 diabetes patient.** Master’s Thesis. Epidemiology Graduate School Mahidol University.

- Prueksaritanond, S., et al. 2004. Type 2 diabetic patient-centered care. **Journal Medical Association Thai** 87(4): 345-352.
- Racher, F.E., and Vollman, A.R.. 2002. Exploring the dimension of access to health service: implication for nursing research and practice. **Theory Nursing Practice An International Journal** 16(2): 77-90.
- Roreach, M. 1970. **Belief attitude and value**. San Francisco: Jossey Boss.
- Rosenstock, I.M. and Kirscht, J.P. 1974. The health belief model and personal health Behavior. **Health Educational Monograph** 2: 324-473.
- Rost, K.M., et al. 1990. Self-care predictor of metabolic control in NIDDM patients. **Diabetes Care** 13: 1111-1113.
- Robert, S. 2005. Cut your risk of diabetic nerve disease. **Diabetes Forecast** 58: 40.
- Mall, S. and Rachel, A, Gifford. 2006. Stress and blood glucose. **Diabetes Forecast** 59: 13.
- Aghamolaci, T. et al. 2004. **Effects of a health education program on behavior, HbA1c and health-related quality of life in diabetic patients**. *Acta Medical America* 43(2): 89-94.
- Thoits, P.A. 1982. Conceptual methodological and theoretical in study social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior**. 23: 145-159.
- Thorndike, R.M. 1978. **Correlation procedures for research**. New York: Garder.
- Tilden, V.P. 1985. Issue of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. **Research of Nursing and Health** 8: 199-206.
- Wang, C., and Fenske, M.M. 1996. Self – care of adults with non – insulin – dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. **Diabetes Educator** 22: 65–70.
- Weiss, R. 1974. The Provision of Social Relationships. **In Doing Unto Others**. Edited by Zick Rubin, pp.17-26. Englewood Clifts: Prentice Hall.
- Weyer, C., & Berger, M. 1999. Diet, exercise and self monitoring of metabolic control. In J.R.Turtle; T, Kaneko; and S, Osato (eds.), **Diabeted in the new millennium**, pp.171-186. The endocrinology and diabetes research foundation of the university of Sydney. Sydney: The pot still press.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
อาจารย์ ดร. อัจริยา วัชรวิวัฒน์	หัวหน้าภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล และการบริหาร การพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี
อาจารย์พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี
นางศิริมา มณีโรจน์	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
นพ. สุเมธ เฟื่องมารยาท	นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นางสาววิณา ลิ้มสกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับอีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในภาคใต้

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามนี้มี 7 ส่วนประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกาย
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยา
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย
() หญิง
3. สถานภาพสมรส
() โสด
() คู่
() หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
() อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ
() รับจ้าง () งานบ้าน
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย
() เกษตรกรรม () อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ระยะเวลาที่เป็นโรค.....ปี
8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
9. ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ.....(สำหรับผู้วิจัย)

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของท่าน (ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา) กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับการปฏิบัติของท่าน เพียงช่องเดียว และโปรดตอบข้อความให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้น

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ			
2. อาหารที่ท่านรับประทาน ส่วนใหญ่เป็นข้าวและกับข้าว			
3. ท่านรับประทานอาหารพอมอิ่ม ในแต่ละมื้อ			
4. ท่านเพิ่มข้าวเมื่อกับข้าวอร่อยถูกปาก			
5. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาดองเหล้า			
6. ท่านดื่มชา กาแฟโดยไม่เติมน้ำตาลหรือนมข้นหวาน			
7. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ที่ติดมันหรือติดหนังสัตว์ อาหารประเภททอด			
8. ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ			
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้			
10. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู			
11. ท่านรับประทานผักสด			
12. ท่านรับประทานอาหารทุกอย่างในงานเลี้ยงโดยไม่จำกัดปริมาณ			
13. ท่านรับประทานขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด			
14. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ท่านชอบ			
15. ท่านรับประทาน กาแฟ โอวัลติน ชา กับปาท่องโก๋ ข้าวเหนียว หรือขนมอื่นๆ เป็นอาหารมื้อเช้า			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของท่าน (ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา) กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับการปฏิบัติของท่าน เพียงช่องเดียว และโปรดตอบข้อความให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อความนั้นเป็นประจำ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อความนั้นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อความนั้น

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง			
2. ท่านออกกำลังกายนานอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อครั้ง			
3. ท่านออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์			
4. ท่านออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้าน ทำสวน ทำไร่			
5. ท่านอุ่นร่างกายด้วยท่าบริหารง่ายๆ ก่อน 5-10 นาที			
6. ท่านออกกำลังกายในร่มเมื่อฝนตก			
7. แม้เหนื่อยจากการทำงาน ท่านก็ออกกำลังกาย			
8. ท่านจับชีพจรตนเองก่อนและหลังการออกกำลังกาย			
9. ท่านออกกำลังกายตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น วิ่ง เดิน ว่ายน้ำ			
10. เมื่อรับประทานอาหารมาก ท่านจะออกกำลังกายนานขึ้น			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยา ของ ท่าน (ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา) กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับการปฏิบัติของท่าน เพียงช่องเดียว และโปรดตอบข้อคำถามให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นเป็นประจำ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อคำถามนั้น

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านไม่ยืมยาจากผู้ที่เป็นโรคเดียวกันเมื่อยาหมด			
2. ท่านรับประทานยารักษาโรคเบาหวานก่อนอาหารประมาณครึ่งชั่วโมง			
3. ท่านใช้สมุนไพร ร่วมกับยาที่แพทย์ให้			
4. เมื่อมีอาการดีขึ้น ท่านปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดยา			
5. เมื่อมีอาการเหงื่อออก ใจสั่นท่านลดขนาดยาที่กิน			
6. เมื่อรับประทานอาหารมากกว่าปกติ ท่านเพิ่มขนาดยา			
7. ท่านไปพบแพทย์ก่อนยาหมด เมื่อต้องไปธุระหรือทำงานที่อื่นเป็นเวลานาน			
8. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านจะไม่ซื้อยารับประทานเองแต่จะไปพบแพทย์ทุกครั้ง			
9. เมื่อท่านลืมรับประทานยา ท่านจะรับประทานเป็น 2 เท่าในมือต่อไป			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความเชื่อของท่านที่มีต่อ โรค กรูณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับกรปฏิบัติของท่าน เพียงช่องเดียว และ โปรดตอบข้อความถามให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ระดับความเชื่อมาก หมายถึง ความเชื่อของท่านตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
 ระดับความเชื่อปานกลาง หมายถึง ความเชื่อของท่านตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
 ระดับความเชื่อ น้อย หมายถึง ความเชื่อของท่านตรงกับข้อความนั้นน้อย

ข้อความถาม	ระดับความเชื่อ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน			
1. ท่านมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าผู้ป่วยอื่น			
2. ท่านมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี			
3. ท่านเชื่อคำวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวาน			
4. ท่านอาจหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ระหว่างที่กินยารักษาโรคเบาหวาน			
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค			
5. เบาหวานเป็นโรคที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ			
6. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะทำให้เกิดความพิการ หรือตายได้			
7. โรคเบาหวานเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของท่าน			
8. ภาวะแทรกซ้อนทำให้ท่านต้องใช้จ่ายเงินในการรักษา มากขึ้น			
9. ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติมากจะทำให้เป็นลมหมดสติได้			

ข้อคำถาม	ระดับความเชื่อ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
<u>การรับรู้ประโยชน์</u>			
10. การกินยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน			
11. การควบคุมอาหารช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด			
12. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด			
13. การกินอาหารไม่ตรงเวลาทำให้เกิดอาการใจสั่น เหงื่อออกและหมดสติได้			
14. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอชีวิตของท่านจะเป็นปกติสุข			
<u>การรับรู้ถึงอุปสรรค</u>			
15. การออกกำลังกายเป็นประจำเป็นภาระสำหรับท่าน			
16. การทำงานของท่านเป็นอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาล			
17. การกินยาควบคุมโรคตามแพทย์สั่งเป็นภาระสำหรับท่าน			
18. การจัดเตรียมอาหารสำหรับโรคเบาหวานไม่เป็นภาระต่อครอบครัวของท่าน			
19. ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้เมื่อท่านขาดการรักษา			
<u>แรงจูงใจด้านสุขภาพ</u>			
20. เบาหวานเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้			
21. ท่านตรวจสอบสุขภาพเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน			
22. การดูแลสุขภาพตนเองสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนๆได้			
23. ท่านมีความตั้งใจในการควบคุมอาหาร			
24. ท่านมีความตั้งใจที่จะออกกำลังกาย			

ข้อความ	ระดับความเชื่อ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ปัจจัยร่วม			
25. ท่านเชื่อถือการรักษาของแพทย์			
26. ท่านได้รับการบริการที่ดีในการตรวจรักษา			
27. ท่านมีโอกาสซักถามปัญหาเมื่อได้รับการตรวจรักษา			
28. ท่านพอใจที่จะมารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่อง			



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 การใช้บริการสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพของท่าน กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับการปฏิบัติของท่าน เพียงช่องเดียว และ โปรดตอบข้อความให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อความนั้นเป็นประจำ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อความนั้นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อความนั้น

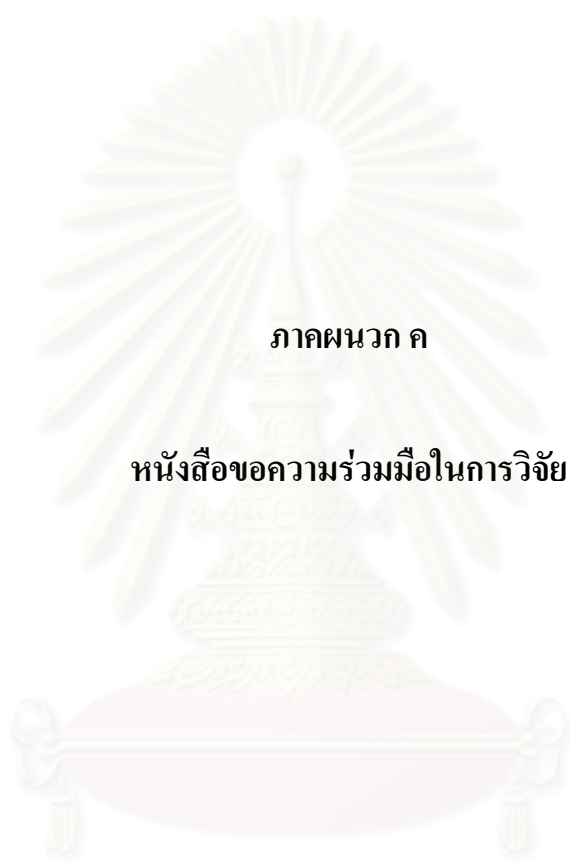
ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านมาตรวจตามนัด			
2. ท่านซื้อยารับประทานเอง เมื่อมีไข้ ไอ มีแผล หรือรู้สึกไม่สบาย			
3. ท่านรักษาโรคด้วยยาแผนปัจจุบัน			
4. ท่านใช้ยาสมุนไพรร่วมในการรักษา			
5. ท่านไปหาหมอบ้าน/ พระ เพื่อปัดเป่าโรคที่เกิดขึ้น			
6. ท่านรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง			
7. ท่านใช้สมุนไพร ยากลางบ้านตามคำแนะนำของญาติเพื่อนบ้าน			
8. การมาใช้บริการมีขั้นตอนยุ่งยาก น่าเบื่อ			
9. ท่านพอใจต่อการมารับบริการและการรักษา			
10. ท่านเบื่อหน่ายต่อการต้องมาตรวจ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด			

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว และ โปรดตอบข้อความให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการสนับสนุนตรงตามข้อความนั้นมาก
ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการสนับสนุนตรงตามข้อความนั้นปานกลาง
น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าการสนับสนุนตรงตามข้อความนั้นน้อย

ข้อความ	ระดับการได้รับแรงสนับสนุน		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจเมื่อใกล้ชิดกับสมาชิกครอบครัว			
2. ท่านมีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว			
3. สมาชิกในครอบครัว ดูแลเอาใจใส่เมื่อท่านไม่สบาย			
4. สมาชิกในครอบครัว รักและห่วงใยท่าน			
5. สมาชิกในครอบครัวไว้วางใจในความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานที่ท่านทำ			
6. สมาชิกในครอบครัวพาท่านมาโรงพยาบาลเมื่อถึงวันนัด			
7. สมาชิกในครอบครัว สนใจในการช่วยแก้ปัญหา			
8. สมาชิกในครอบครัว ไม่ตำหนิท่าน เมื่อระดับน้ำตาลสูงกว่าครั้งก่อน			
9. สมาชิกในครอบครัวทำอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานให้ท่าน			
10. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่าน			



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศษ 0512.11/2268

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ

17 พฤศจิกายน 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์(ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอรรณพ ทรัพย์วรฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. อาจารย์ ดร. อัจริยา วัชรวิวัฒน์ หัวหน้าภาควิชาพื้นฐานการพยาบาลและการบริหาร การพยาบาล
2. อาจารย์ พวงเพ็ญ เพื่อกสวัสดิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. อัจริยา วัชรวิวัฒน์ และ อาจารย์ พวงเพ็ญ เพื่อกสวัสดิ์

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร.0-2218-9802

ชื่อนิสิต นางอรรณพ ทรัพย์วรฤทธิ์ โทร. 08-1607-8786

ที่ ศธ 0512.11/2268

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17พฤศจิกายน 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์(ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอรรณพ ทรัพย์วรฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นพ. สุเมธ เฟื่องมารยาท นายแพทย์ 8

2. นางสาววิณา ลิมสกุล พยาบาลวิชาชีพ 7

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิงยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นพ. สุเมธ เฟื่องมารยาท และ นางสาววิณา ลิมสกุล

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร.0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางอรรณพ ทรัพย์วรฤทธิ์ โทร. 08-1607-8786

ที่ ศธ 0512 .11/2268

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 พฤศจิกายน 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์(ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอรรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางศิริมา มณีโรจน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร.0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางอรรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ โทร. 08-1607-8786

ที่ ศธ 0512.11/0208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 มกราคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้ นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางอรรณ ททรัพย์วรฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตาปี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรรณ ททรัพย์วรฤทธิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตาปี

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร.0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางอรรณ ททรัพย์วรฤทธิ์ โทร. 08-1607-8786

ที่ ศธ 0512.11/0208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 มกราคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางอรรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมกรออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามกรใช้บริการสุขภาพ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการทศเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ โทร.0-2218-9802

ชื่อนิสิต นางอรรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ โทร. 08-1607-8786

ที่ ศธ 0512.11/0208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 มกราคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

เนื่องด้วย นางอรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความ อนุเคราะห์ ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มารับ การตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร.0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางอรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ โทร. 08-1607-8786

ที่ ศธ0512.11/0208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 มกราคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

เนื่องด้วย นางอรรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความ อนุเคราะห์ ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มารับ การตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร.0-2218-9802

ชื่อนิสิต

นางอรรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ โทร. 08-1607-8786

ที่ ศธ0512.11/0208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 มกราคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางอรรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความ อนุเคราะห์ ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ศูนย์สุขภาพชุมชนต่าปี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมกรออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามกรใช้บริการสุขภาพ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร.0-218-9802

ชื่อนิสิต

นางอรรรณ ทรัพย์วรฤทธิ์ โทร. 08-1607-8786



ภาคผนวก ง

ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่สองในภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางอรรพรรณ ทรัพย์วรฤทธิ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนนศรีวิชัย

อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-272231 ต่อ 2078

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-6078786

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึง
ผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัย ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้
เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษา
นี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ และข้าพเจ้า
ยินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็น
ความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้

.....

.....

สถานที่/วันที่

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

.....

สถานที่/วันที่

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....

.....

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient participant information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้
ชื่อผู้วิจัย	นางอรพรรณ ทรัพย์วรฤทธิ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน	077-272231 ต่อ 2078
โทรศัพท์เคลื่อนที่	081-6078786

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมรับประทานยา ความเชื่อทางสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้
2. เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาคือ 1)ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง 2)มีอายุระหว่าง 25-59 ปี 3)ไม่เป็นโรคเลือด โรคตับ โรคไต ภาวะซึมเศร้า 4)ไม่มีความผิดปกติด้านจิตประสาท สื่อสารด้วยภาษาไทย เข้าใจ ให้พยาบาลประจำห้องตรวจอายุรกรรม คลินิกโรคเบาหวานทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการคัดกรองผู้ป่วย ดำรงจำนวนผู้ป่วยที่คัดกรองได้และติดหมายเลขไว้ที่บัตรบันทึกการเจ็บป่วย (OPDCARD) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมวิจัยได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษา ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ จากผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลละ 50 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ 200 คน โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตศึกษาประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างจากบัตรบันทึกการเจ็บป่วย (OPDCARD) สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติ คือการตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ซึ่งอาจต้องใช้เวลา 30-45 นาที การตอบแบบสอบถามนี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเหนื่อย ล้าเล็กน้อย

6. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัย

7. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยเบาหวานจะถูกแปลเป็นตัวเลข ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยเบาหวาน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ไปรับรอง 021/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในภาคใต้
SELECTED FACTORS RELATED TO HbA_{1c} LEVEL OF
TYPE II DIABETIC PATIENTS IN SOUTHERN REGION

ผู้วิจัยหลัก : นางอรรณ ทรัพย์วรฤทธิ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล)

รับรองวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2550

วันหมดอายุ 6 ตุลาคม 2550

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอรรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ เกิดวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2509 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2531 เข้ารับการศึกษาปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2547 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย