บทความวิจัย

บทบาทของครอบครัว ความรู้ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในพื้นที่ชนบท จังหวัดนครราชสีมา

The Role of Family, Knowledge, and Dietary Behaviors of Patients With Type II Diabetes With Uncontrolled Blood Glucose in Rural Areas of Nakhon Ratchasima Province

ศิวาพร อินทรวัฒนวงษ์ (Siwaporn Intarawattanawong)*
ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล (Lukawee Piyabanditkul)**

Received: February 3, 2025
Revised: February 20, 2025
Accepted: May 20, 2025

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อยในชนบทของไทย ผู้ป่วยมักควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก ซึ่งได้รับผลกระทบจากความรู้และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาหารและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน และผู้จัดการอาหารในครอบครัว 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และแนวคำถามสนทนากลุ่มของผู้จัดการอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าบทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การเลือกซื้ออาหาร ผู้จัดการอาหารเป็นผู้ตัดสินใจโดยเน้นความสะดวกและราคา ซึ่งบางครั้งอาจนำไปสู่การเลือกอาหารที่ไม่เหมาะสม 2) การปรุงอาหาร มักทำตามความเคยชินและรับประทานร่วมกัน โดยไม่แยกอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย 3) ปริมาณอาหาร มีการเตรียมตามปกติของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยบางรายรับประทานเกินความจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อมีความเชื่อว่าการบริโภคข้าวในปริมาณมากช่วยให้มีแรงทำงาน และ 4) ความถี่

**Corresponding author: Lukawee Piyabanditkul; E-mail: plukaw@kku.ac.th
*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University)
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University)

ในการรับประทานอาหาร แม้จะมีอาหารมื้อหลักให้ครบ แต่ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมรับประทานระหว่างมื้อ การเลือกซื้ออาหาร กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในระดับดี ($\bar{\chi}$ = 14.37, S.D. = 2.82) แต่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{\chi}$ = 3.26, S.D. = 0.87)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ ควรพัฒนาแนวทางส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยใช้บทบาทของครอบครัวเป็นแกนหลัก การควบคุมระดับน้ำตาลควรดำเนินควบคู่ทั้งด้านความรู้และพฤติกรรม โดยให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง ชัดเจน และนำไปใช้ได้จริง

คำสำคัญ: บทบาทของครอบครัว ความรู้ด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

Type 2 diabetes is a common chronic health problem in rural Thailand. Patients often struggle to control their blood glucose levels due to limited knowledge and inappropriate dietary behaviors. The family plays a key role in supporting healthy eating habits and managing meals for diabetic patients. This descriptive study aimed to explore the role of family members in meal management, along with assessing the dietary knowledge and behaviors of patients with type 2 diabetes. The sample consisted of 30 diabetic patients and 30 family food managers residing in rural areas. Data were collected using a structured questionnaire assessing patients' dietary knowledge and behaviors, and a focus group discussion guide for family food managers. Descriptive statistics and content analysis were used for data analysis.

The results indicated that the role of the family in dietary management consisted of four main aspects. First, food selection was primarily determined by the food manager, who often prioritized convenience and price, which sometimes resulted in the selection of foods inappropriate for the patient's health condition. Second, food preparation was typically based on familiar routines and shared family meals, with no differentiation in food provided specifically for the patient. Third, regarding food quantity, meals were prepared in the same proportions for all family members. As a result, some patients consumed more than appropriate, especially when influenced by the belief that eating large amounts of rice would provide sufficient energy for daily activities. Fourth, meal frequency was maintained through regular main meals; however, many patients continued to consume snacks between meals, contributing to poor dietary control. The participants demonstrated a good level of dietary knowledge ($\bar{\chi}$ = 14.37, S.D. = 2.82), but their actual eating behaviors remained at a moderate level ($\bar{\chi}$ = 3.26, S.D. = 0.87).

These findings suggest that effective dietary management requires the integration of both knowledge and behavior change, with families playing a central role. Interventions should focus on continuous, clear, and applicable health education, promoting sustainable behavior change in daily life.

Keywords: Family role, Dietary control knowledge, Dietary behaviors, Type 2 diabetes patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type II Diabetes Mellitus) เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่สำคัญระดับโลกและส่งผลกระทบต่อประชากรในประเทศไทยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ และโรคทางเดินหายใจ และลดคุณภาพชีวิตรวมทั้งเกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยได้ (American Diabetes Association, 2018) ข้อมูลจากสหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation (IDF)) ชี้ว่าในปี 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 10.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (International Diabetes Federation, 2019) พื้นที่ในการวิจัยนี้แนวโน้มขนาดของโรคมีทิศทางเช่นเดียวกับระดับประเทศ กล่าวคือ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 เพิ่มขึ้นจาก 3.92 เป็น 7.64 ต่อประชากร 1,000 คน และความชุกเพิ่มขึ้นจาก 95.97, 102.45 และ 108.30 ต่อประชากร 1,000 คน (Health Data Center, 2022)

การจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานยังขาดความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัว (Suwannapong, Pinyopornpanish, & Srithanaviboonchai, 2014) การวิจัยที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (Bowen, Clay, Lee, Vice, & Ovalle, 2016) และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (Jiamjarasrangsi & Aekplakorn, 2008; Sroisong, Rueankon, Apichantramethakul, Nunta, & Sukkaseam, 2017) นอกจากนี้ ความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความเข้าใจที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับโภชนาการสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง (Alsaidan, Alanazi, & Thirunavukkarasu, 2025)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Franz, Boucher, Rutten-Ramos, & VanWormer, 2015) ลักษณะวิถีชีวิต วัฒนธรรมการบริโภค ทัศนคติของชุมชน รวมถึงปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เช่น การเลือกคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน การลดน้ำตาล การอ่านฉลากโภชนาการอย่างเหมาะสมเป็นต้น ส่งผลให้การบริโภคอาหารไม่สอดคล้องกับหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมักนิยมอาหารคาร์โบไฮเดรตสูงและมีรสจัด ซึ่งต่างจากพื้นที่เมืองที่มีทางเลือกด้านอาหารสุขภาพมากกว่า ครอบครัวในชนบทส่วนใหญ่ยังประกอบอาหารแบบดั้งเดิมที่ไม่คำนึงถึงการลดน้ำตาลหรือไขมัน อีกทั้งข้อจำกัดทางรายได้ยังบีบบังคับให้เลือกอาหารตามราคามากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ ความรู้ด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยก็มีบทบาทสำคัญ ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากเข้าไม่ถึงแหล่งความรู้ เช่น การอบรมหรือคำปรึกษาทางการแพทย์ที่แพร่หลายในเขตเมือง เป็นต้น (IDF, 2019) ส่งผลให้ไม่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบทบาทของครอบครัวในวิถีชีวิตชนบทยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกอาหารของผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวอาจมีความเชื่อผิดๆ เช่น น้ำตาลทรายแดงปลอดภัยกว่าน้ำตาลขาว การรับประทานข้าวเหนียวมากทำให้มีแรงเป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว (Jiamjarasrangsi & Aekplakorn, 2008; Sroisong et al., 2017) ครอบครัวจำนวนมากยังขาดโอกาสได้รับการอบรมหรือความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดบทบาทในการสนับสนุนการควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ

โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่า ความรู้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และบทบาทของครอบครัว ล้วนมีความสัมพันธ์กันและส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมโรคเบาหวานในบริบทชนบท การทำความเข้าใจในความสัมพันธ์ของ

ปัจจัยเหล่านี้ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับชุมชนไทยสอดคล้องกับการศึกษานำร่องในพื้นที่มาบกราด จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนใหญ่เป็นเพราะการรับประทานอาหารในปริมาณมาก โดยเฉพาะอาหารจำพวกข้าวเหนียว ขนมหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง และน้ำอัดลม นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นเกษตรกรมักมีทัศนคติว่าการรับประทานข้าวในปริมาณมากจะช่วยให้มีแรงในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโดยตรง การรับประทานอาหารของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยเองและผู้จัดการอาหารภายในครอบครัว ผู้จัดการอาหารมักเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรสหรือบุตร ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดเตรียมอาหารสามมื้อให้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมถึงผู้ป่วยด้วย โดยทั่วไปผู้จัดการอาหารมักเลือกจัดอาหารที่ทุกคนในครอบครัวสามารถรับประทานร่วมกันได้ อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีอาจไม่ได้คำนึงถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัวเป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกันบางครอบครัวมีการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยแยกต่างหากจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

การศึกษานี้มุ่งเน้นทำความเข้าใจบทบาทของครอบครัว ความรู้ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชนบท โดยหวังว่า ผลจากการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหาร ความรู้ของผู้ป่วยด้านการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งมีความสัมพันธ์กันและส่งผลต่อการควบคุมโรคโดยตรง (American Diabetes Association, 2018) ดังนี้ (1) บทบาทของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมักพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการเลือกและเตรียมอาหาร หากครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้อย่างไรก็ตามครอบครัวบางกลุ่มอาจขาดความรู้หรือมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้การจัดการอาหารไม่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้น (Hill-Briggs et al., 2021) (2) ความรู้ด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยตรง ผู้ป่วยที่เข้าใจหลักโภชนาการจะสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ควบคุมปริมาณน้ำตาลและไขมัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้ไม่เพียงพออาจยังคงเลือกรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Photisuwan et al., 2021) และ (3) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นอีกปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควบคุมปริมาณการบริโภค และรักษาความสม่ำเสมอในการรับประทาน หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง หรือการรับประทานในปริมาณมาก อาจส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น (Miller, Headings, Peyrot, & Covington, 2016)

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) นี้ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุม

อาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่มสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน การวิจัยเลือกพื้นที่ดำเนินการแบบเจาะจงในตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 147 คน ผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ได้ขึ้นทะเบียนรับบริการในปีงบประมาณ 2564 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบกราดและโรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และ 2) ผู้จัดการอาหาร คือ ผู้ดูแลหลักด้านอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Tailed Test แบบ One-tailed ,Effect size กำหนดตามงานวิจัยของจุฑาทิพย์ โพธิ์สุวรรณ์ และคณะ (Phosuwan et al., 2021) ซึ่งศึกษาตัวแปรและกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกัน ได้ค่าเท่ากับ 1.43, α Error probability 0.01, Power 0.95) ผลจากการคำนวณแสดงให้เห็นว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่จำเป็นต้องใช้ คือ 11 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และรองรับอัตราการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 ตามข้อเสนอของโพลิทและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งจะเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 คน แต่เพื่อให้ผลการวิจัยมีความแม่นยำมากขึ้น และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 30 คน โดยถือเป็นจำนวนที่เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเกณฑ์การคัดเข้าประกอบไปด้วย (1) อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป (2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มีค่า 7-9.9% ครั้งล่าสุดในปีพ.ศ. 2565 (3) รับการรักษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารหรือยา หรือการฉีดอินซูลิน (4) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคต่องานวิจัย และ (5) ยินดีให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การออก คือ ผู้ที่เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ และ 2) กลุ่มผู้จัดการอาหารของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 คน ที่สุ่มได้ เกณฑ์การคัดเข้าคือ (1) อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้จัดการหลักด้านอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (3) ไม่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ (4) ยินดีให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในส่วนที่เป็นแบบสอบถามต่างๆ พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากวรรณทอง คงฤทธิ์, นภาลัย มังคละ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (Khongrit, 2014; Mangkala & Kitreerawutiwong, 2018) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 10 ข้อ โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน วิธีการรักษา และระดับน้ำตาลสะสมครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ 2565

1.2 แบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุมอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเลือกซื้ออาหารมี 6 ข้อ (ข้อ 5, 7, 13, 14, 17 และ 19) 2) การปรุงอาหารมี 2 ข้อ (ข้อ 6 และ 20) 3) ความถี่ในการรับประทานอาหารมี 3 ข้อ (ข้อ 4 , 12 และ 15)

และ 4) ปริมาณการรับประทานอาหารมี 9 ข้อ (ข้อ1, 2, 3, 8, 9, 10, 11 และ 18) คำตอบเป็นแบบ ใช่/ไม่ใช่ โดยมีการให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิด คะแนนเต็ม 20 คะแนน สำหรับเกณฑ์การประเมินผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) และความรู้ระดับน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60 (1-11 คะแนน)

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุมประเด็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) วิธีการประกอบอาหารมี 4 ข้อ (ข้อ 6, 7, 14 และ 15) 2) การปรุงอาหารมี 2 ข้อ (ข้อ8 และ 13) 3) การเลือกประเภทอาหารมี 11 ข้อ (ข้อ1, 2, 3, 4, 5, 10, 12, 16, 18, 19 และ 20) และ 4) ความถี่และปริมาณการรับประทานอาหารมี 3 ข้อ (ข้อ 9, 11 และ 17) ใช้มาตรวัดค่าแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อย = 4 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ=5คะแนน สำหรับข้อที่เป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะให้คะแนนตรงกันข้ามคะแนนเต็ม 100 คะแนน สำหรับเกณฑ์การประเมินผลใช้สูตรอัตราภาคชั้น (Interval scale) เป็น 3 ระดับ โดยแบ่งช่วงคะแนนแต่ละระดับ = 1.3 ระดับน้อย หมายถึง 1.00-2.33 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง 2.34-3.67 และระดับมาก หมายถึง 3.78-5.00 คะแนน

2. แบบสอบถามและแนวคำถามสนทนากลุ่มผู้จัดการอาหารในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 8 ข้อ โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.2 แนวคำถามสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ ด้านหลักในการจัดอาหาร 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเลือกซื้อ 2) การปรุงอาหาร 3) ปริมาณ และ 4) ความถี่ในการรับประทานอาหาร และด้านความคิดเห็นในการจัดการอาหารให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ปัญหา อุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาล วิธีการแก้ไข ช่องทางการช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะ

3.แอปพลิเคชันบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม (Field notes) ใช้บันทึกสังเกตการณ์ พฤติกรรม สภาพแวดล้อม และความคิดเห็นของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบสอบถามความรู้ด้านการควบคุมอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.84 และหาความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังเทียม อ.พระทองคำ จ.นครราชสีมา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ (Kuder-Richardson 20) และด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.77 และ 0.75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบกราด ที่ขอเก็บข้อมูล มีผู้ป่วยครบเกณฑ์ 30 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ศาลากลางหมู่บ้าน แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที ถ้าผู้ป่วยทำแบบสอบถามเองไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

สำหรับกลุ่มผู้จัดการอาหาร มีผู้จัดการอาหารครบเกณฑ์ 30 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ๆละ 10 คน เมื่อผู้จัดการอาหารพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลมาบกราด แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วย ด้านหลักในการจัดอาหาร และด้านความคิดเห็นในการจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ใช้เวลาทำกลุ่มๆ ละ 60 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนาส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีการของไมล์และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตัดทอนข้อมูล (Data reduction) คัดเลือกข้อมูลที่สำคัญจากการสนทนากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย การเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร ปริมาณอาหาร และความถี่ในการรับประทานอาหาร 2) การแสดงข้อมูล (Data display) ถูกจัดแสดงตามหัวข้อที่สำคัญแบ่งเป็น 4 หัวข้อหลัก และ 3) การสรุปและตรวจสอบความถูกต้อง (Conclusion and verifying) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผ่านการยืนยันข้อมูลและการสะท้อนกลับเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652164 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และผู้จัดการอาหาร ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การให้สิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการตรวจการรักษาและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 61.9 ปี (S.D. = 9.29) อายุสูงสุด 83 ปี อายุต่ำสุด 47 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,000-6,000 บาท ร้อยละ 56.7 เป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี โดยเฉลี่ย 11.9 ปี นานที่สุด 35 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 62.9 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157.1 เซนติเมตร ซึ่งเมื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าร้อยละ 30 อยู่ในระดับอ้วนถึงอ้วนมาก มีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 43.3 ปัจจุบันรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีรับประทานยา ร้อยละ 66.7 ซึ่งพบว่าร้อยละ 56.7 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) 7.0-7.9 % และร้อยละ 20 มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูงถึง 9.0-9.9 %

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จัดการอาหาร จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.0 มีสถานะเป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 63.3 อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 46.7 มีอายุเฉลี่ย 54.10 ปี (S.D. = 8.60) อายุสูงสุด 71 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 63.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 น้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 62.2 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 156.2 เซนติเมตร ซึ่งเมื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าร้อยละ 53.3 อยู่ในระดับอ้วน

2. บทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

บทบาทของครอบครัวหรือผู้จัดการอาหารในครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการสนทนากลุ่มผู้จัดการอาหารในครอบครัวพบข้อมูลสำคัญที่สะท้อนถึงพฤติกรรมการจัดการอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร 2) การปรุงอาหาร 3) การควบคุมปริมาณอาหารของ

ผู้ป่วยเบาหวาน และ 4) ความถี่ในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นหลัก 1: พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร

ประเด็นย่อย 1.1: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้ออาหาร การเลือกซื้อวัตถุดิบเพื่อประกอบอาหารของผู้จัดการอาหาร ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ราคาสินค้าในช่วงเวลานั้น และความเคยชินของผู้จัดการอาหาร ดังคำกล่าวที่ว่า *"ช่วงไหนมะพร้าวถูกก็จะทำแกงกะทิบ่อยหน่อยจ้า"* (หญิงวัย 54 ปี) แสดงให้เห็นถึงการตัดสินใจที่มีความยืดหยุ่นตามบริบทของครอบครัวและสังคม

ประเด็นย่อย 1.2: แหล่งและการเลือกวัตถุดิบในชุมชน ผู้จัดการอาหารนิยมซื้อวัตถุดิบจากรถขายกับข้าวและร้านค้าในชุมชน เนื่องจากสะดวก เข้าถึงง่าย และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ขายกับชุมชน การเลือกซื้อจะเน้นวัตถุดิบที่เหมาะกับวัยของผู้ป่วย แต่อาจไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวานยกตัวอย่างเช่นเนื้อหมูต้องติดมัน ด้วยเหตุผลว่าเนื้อจะนุ่มกว่าเนื้อไม่ติดมันเหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ *"แม่ผมก็แก่แล้ว แกเคี้ยวอะไรไม่ค่อยได้ ผมก็จะซื้อพวกหมูสามชั้นตามรถขายกับข้าวในหมู่บ้านมาไว้ทำให้แกกินครับหมอ"* (ชายวัย 52 ปี)

ประเด็นย่อย 1.3: ความนิยมในการบริโภคขนมหวานของครอบครัว ผู้จัดการอาหารมักซื้อขนมหวานทุกครั้งที่ซื้ออาหาร เช่น ขนมหวานน้ำกะทิ ล่อดช่อง บัวลอย บวชเผือก บวชมัน สาคู เป็นต้น เพราะคนในครอบครัวร่วมถึงผู้ป่วยเบาหวานชอบรับประทานระหว่างมื้ออาหารและหลังอาหารมื้อเย็น แม้จะทราบว่าไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวาน แต่เพื่อความสุขของสมาชิกในครอบครัวจึงยังคงซื้อเป็นกิจวัตร ซึ่งสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับความสุขของสมาชิกในครอบครัวเป็นลำดับแรกในการเลือกซื้ออาหาร

ประเด็นหลัก 2: การปรุงอาหารและการบริโภคในครอบครัว

ประเด็นย่อย 2.1: วิธีการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้จัดการอาหารเลือกใช้วิธีต้มและแกง โดยเน้นอาหารที่นิ่มและเคี้ยวง่าย เช่น แกงพะโล้หมูสามชั้น แกงกะทิหน่อไม้ใส่หมูติดมันเป็นต้น บางครอบครัวเลือกใช้เนื้อปลาเป็นหลักเพื่อสุขภาพผู้ป่วย *"ส่วนใหญ่ก็ทำพวกแกงกับต้มนี่แหละหมอ เพราะของทอดมันแข็งกินไม่ได้"* (หญิงวัย 68 ปี)

ประเด็นย่อย 2.2: ความชอบในรสชาติอาหารของครอบครัวและการปรุงรส สมาชิกในครอบครัวชอบรสเค็มมากที่สุด รองลงมาคือรสหวาน รสเผ็ด และรสจืด โดยใช้เครื่องปรุงหลัก เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรส น้ำมันหอย น้ำตาล ผงชูรส และเกลือ วิธีปรุงรสมี 3 แบบ ได้แก่ 1) ชิมก่อนปรุงให้ถูกปากสมาชิก 2) ปรุงตามความเคยชินโดยไม่ชิม และ 3) ปรุงรสจืดเผื่อเติม ผู้ป่วยเบาหวานบางคนยังคงเติมน้ำปลาและน้ำตาลเพิ่ม แม้ผู้จัดการอาหารจะเตือน *"ฉันบ่นให้ฟังเสมอว่า เขาห้ามกินหวาน มัน เค็ม แต่ก็เติมเพิ่มอยู่นั่นแหละ"* (หญิงวัย 67 ปี) และ *"โอ๊ยหมอฉันบ่นไปสุดท้ายก็เติมอยู่ดี จนวันนี้ฉันเลิกบ่นแล้ว"* (หญิงวัย 67 ปี)

ประเด็นย่อย 2.3: การจัดการเรื่องเครื่องดื่ม เครื่องดื่มประเภทต่างๆ ผู้จัดการอาหารจะไม่ได้จัดหาให้ เนื่องจากผู้ป่วยจะซื้อด้วยตนเองตามต้องการ *"เมื่อผู้ป่วยหิวก็จะออกไปซื้อกินเองจากร้านค้าในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มักเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำส้ม น้ำแดง น้ำอัดลม นมแล็คตาซอย"* (ชายวัย 38 ปี)

ประเด็นหลัก 3: การควบคุมปริมาณอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

ประเด็นย่อย 3.1: ความยากลำบากในการจำกัดปริมาณการบริโภค ผู้จัดการอาหารส่วนใหญ่ตั้งใจจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยในปริมาณที่คิดว่าเหมาะสม "พออิ่ม" โดยไม่มากหรือน้อยเกินไป อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมบริโภคเกินปริมาณที่ควร บางครอบครัวเก็บอาหารไว้ในตู้เก็บอาหาร เมื่อผู้ป่วยหิวจะรับประทานได้ตลอดวันจนอาหารหมด เช่น *"ลุงแกก็เดินกินทั้งวันจนปลาหมดเลยเค้ะหมอ"* (หญิงวัย 60 ปี) แม้ผู้จัดการอาหารพยายามจำกัดปริมาณอาหาร แต่ก็ไม่สามารถควบคุมการบริโภคได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงอาหารได้เองตลอดทั้งวัน สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มบริโภคมากเกินความจำเป็น โดยเฉพาะในช่วงที่รู้สึกหิวหรือมีความเครียดแสดงให้เห็นถึงความยากลำบากในการควบคุมปริมาณของอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากวิถีปฏิบัติของครอบครัว

ประเด็นย่อย 3.2: การเตรียมอาหารสำหรับทั้งครอบครัวในหลายครอบครัว การเตรียมอาหารยังคงเป็นไปในลักษณะที่ให้สมาชิกทุกคนสามารถรับประทานร่วมกัน ไม่ได้มีการกำหนดปริมาณข้าวหรือกับข้าวเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับไม่ถูกควบคุมอย่างเฉพาะเจาะจง และขาดความเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

ประเด็นหลัก 4: ความถี่และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว

ประเด็นย่อย 4.1: การจัดมื้ออาหารและการรับประทานเกินจำนวนมื้อที่กำหนด ผู้จัดการอาหารส่วนใหญ่จะจัดอาหารให้ผู้ป่วยวันละ 3 มื้อ และเน้นความตรงเวลาเพื่อให้สอดคล้องกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังพบบางครอบครัว ผู้ป่วยรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ โดยเฉพาะหลังจากทำกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานมาก *“สามีฉันบางวันออกไปปลูกมัน พอตกบ่ายมาเขาก็หิว ก็ต้องกิน กลับบ้านมาเย็นก็ต้องกินอีก ฉันก็จะไปห้ามอะไรได้ เขาบอกว่าหิวก็ต้องกินเด๊ะ”* (หญิงวัย 67 ปี)

ประเด็นย่อย 4.2: การบริโภคอาหารว่างและขนมระหว่างมื้อ ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนรับประทานขนมและผลไม้ระหว่างมื้อ ได้แก่ ของหวานน้ำกะทิ หวานถุง น้ำอัดลม ฝรั่ง ขนมเปี๊ยะ กล้วยสุก กล้วยทอด และผลไม้ตามฤดูกาล และบางรายรับประทานมากกว่าที่กำหนด โดยเฉพาะหลังทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานสูงส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก แม้จะมีการจัดมื้อหลักอย่างเหมาะสม

3. ความรู้ด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.3 มีความรู้ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 14.37 คะแนน (S.D. = 2.82) (ตารางที่ 1) และ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ผู้ป่วยสามารถรับประทานผักใบเขียวได้ในปริมาณมาก ๆ ร้อยละ 96.7 รองลงมา คือ ผู้ป่วยสามารถรับประทานผลไม้รสไม่หวานได้วันละหนึ่งถึงสองลูกร้อยละ 93.3 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารระหว่างมื้อเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดสม่ำเสมอร้อยละ 16.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้เป็นเบาหวานจำแนกตามระดับความรู้ด้านการควบคุมอาหาร (n = 30)

ความรู้ด้านการควบคุมอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1-11 คะแนน)	4	13.3
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	10	33.4
ระดับดี (16-20 คะแนน)	16	53.3
(Min = 8 ,Max = 19 , $\bar{X}$ = 14.37, S.D. = 2.82)		

4. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.7 มีพฤติกรรมการรับประทานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.26 คะแนน (S.D. = 0.87) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารข้อ 14 ใช้น้ำมันพืช น้ำมันถั่วเหลือง แทนน้ำมันหมู น้ำมันไก่ สูงมากเป็นอันดับแรก ($\bar{X}$ = 4.87, S.D. = 0.56) รองลงมา คือ ข้อ 9 รับประทานเผือก มัน ข้าวโพด ขนมปังเป็นอาหารว่าง ($\bar{X}$ = 4.20,S.D. = 0.65) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารข้อ 10 รับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวขัดสีน้อย เป็นอันดับสุดท้าย ($\bar{X}$ = 1.27,S.D. = 0.63) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) วิธีการประกอบอาหาร ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกรับประทานอาหารประเภทลวก ต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง ร้อยละ 43.3 แต่บางครั้งก็มีการรับประทานอาหารจำพวกทอดด้วยร้อย 2) การปรุงอาหาร ร้อยละ 23.3 มักเติม

เครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล หรือเกลือ และร้อยละ 90.0 ไม่เคยใช้สารให้ความหวานทดแทน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับโซเดียมและน้ำตาลเกินจำเป็น 3) การเลือกประเภทอาหาร พบว่าร้อยละ 60.0 บริโภคขนมหวานและน้ำหวาน ร้อยละ 70.0 บริโภคผลไม้รสหวานนานๆ ครั้ง และร้อยละ 56.7 รับประทานข้าวเหนียว ส่วนอาหารสุขภาพ เช่น ผักหลากชนิดและข้าวไม่ขัดสี ยังมีแนวโน้มที่ดีในบางราย การรับประทานอาหารแปรรูป ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่หลีกเลี่ยงได้ดี โดยร้อยละ 63.3 รับประทานอาหารแปรรูปนานๆ ครั้ง และ 4) ความถี่และปริมาณการรับประทานอาหาร ร้อยละ 33.3 จะรับประทานอาหารตรงเวลาทุกวัน แต่ยังมีร้อยละ 13.3 ที่เลือกอาหารว่างเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรต และร้อยละ 16.7 รับประทานจนอิ่มแน่น ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมและรายข้อ (n = 30)

ข้อที่	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1	รับประทานผักหลากหลายชนิด	4.07	1.12	มาก
2	รับประทานผลไม้รสหวานจัด	3.80	0.70	มาก
3	รับประทานนมรสหวาน	4.10	1.14	มาก
4	รับประทานขนมหวานใส่กะทิ	3.83	0.69	มาก
5	ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล	3.73	1.31	มาก
6	รับประทานอาหารทอด	2.77	1.15	ปานกลาง
7	รับประทานอาหารประเภทลวก ต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง แทนการทอด	3.50	0.85	ปานกลาง
8	ใส่เครื่องปรุงรสเพิ่มเสมอ	3.40	1.11	ปานกลาง
9	รับประทานเผือก มัน ข้าวโพด ขนมปัง เป็นอาหารว่าง	4.20	0.65	มาก
10	รับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวขัดสีน้อย	1.27	0.63	น้อย
11	รับประทานอาหารแค่พออิ่ม	3.27	1.48	ปานกลาง
12	รับประทานข้าวเหนียว	3.80	0.75	มาก
13	ใช้สารทดแทนความหวาน	1.30	1.00	น้อย
14	ใช้น้ำมันพืช น้ำมันถั่วเหลือง แทนน้ำมันหมู น้ำมันไก่	4.87	0.56	มาก
15	ใช้น้ำมันทอดซ้ำ	3.60	0.92	ปานกลาง
16	รับประทานผลไม้รสไม่หวาน	2.77	0.99	ปานกลาง
17	รับประทานอาหารตรงเวลา	3.00	1.63	ปานกลาง
18	รับประทานอาหารชุบแป้งทอด	3.60	0.99	ปานกลาง
19	รับประทานอาหารแปรรูป	3.70	0.74	มาก
20	รับประทานเนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมูที่ไม่ติดมัน	3.70	1.16	มาก
	รวม	3.26	0.87	ปานกลาง

การอภิปรายผล

1. บทบาทของครอบครัวในการจัดการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้จัดการอาหารซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่การดูแลด้านอาหารยังคงผูกพันกับความสัมพันธ์ภายในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน (อายุเฉลี่ย 54.10 ปี, S.D. = 8.60) มีสถานะเป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 63.3) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 63.30 ซึ่งสะท้อนถึงความใกล้ชิดทั้งในเชิงบทบาทและวิถีชีวิตที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการจัดการอาหารในแต่ละวัน

1) การเลือกวัตถุดิบ ผู้จัดการอาหารมักตัดสินใจเลือกวัตถุดิบตามความคุ้นเคย ความชอบของสมาชิกในบ้าน และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มากกว่าการพิจารณาตามหลักโภชนาการ แม้จะมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย แต่ด้วยข้อจำกัดด้านความรู้หรือทางเลือกในชุมชน จึงยังพบการเลือกเนื้อสัตว์ติดมันหรือวัตถุดิบที่มีไขมันสูง ได้แก่ หมูสามชั้น ซึ่งให้รสชาติที่ดีกว่าเนื้อไม่ติดมัน ข้อมูลเชิงปริมาณยังสนับสนุนภาพรวมว่า ผู้จัดการอาหารส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.0) และมีรายได้ไม่สูง จึงส่งผลต่อการเลือกวัตถุดิบที่เน้นความคุ้มค่ามากกว่าความเหมาะสมกับโรค

2) วิธีการปรุงอาหาร วิธีการปรุงอาหารของผู้จัดการอาหารยังคงยึดกับรสนิยมของครอบครัวเป็นหลัก ได้แก่ การปรุงรสจัดเพื่อให้ถูกปากคนในบ้าน แม้จะทราบว่ารสเค็มหรือหวานมากไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวานก็ตาม พฤติกรรมนี้สะท้อนถึงความยึดติดกับวิถีการกินดั้งเดิมของครอบครัว ซึ่งอาจมาจากความคุ้นเคยในการปรุงอาหาร รวมถึงการไม่แยกเมนูพิเศษสำหรับผู้ป่วย ในขณะที่ผู้จัดการอาหารบางรายเองก็มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยพบว่าร้อยละ 53.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับอ้วน จึงอาจเป็นไปได้ว่าการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตจริง

3) ปริมาณอาหาร แม้ผู้จัดการอาหารจะมีบทบาทในการจัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ แต่จากการสัมภาษณ์พบว่าหลายครอบครัวยังไม่มีเกณฑ์ชัดเจนในการจำกัดปริมาณสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความเชื่อว่า “ต้องกินให้อิ่มถึงจะมีแรงทำงาน” รวมถึงความเกรงใจที่จะจำกัดอาหารผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารในปริมาณที่มากเกินความจำเป็น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าวเหนียว เป็นต้นซึ่งเป็นอาหารหลักของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก แม้จะมีความรู้เรื่องอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงก็ตาม

4) ความถี่ในการบริโภค ผู้จัดการอาหารมีบทบาทในการเตรียมอาหารมื้อหลักให้ผู้ป่วย แต่ไม่สามารถควบคุมการบริโภคของผู้ป่วยได้ตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยยังสามารถซื้ออาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ขนมหวาน น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่แหล่งจำหน่ายอาหารเข้าถึงง่ายและมีราคาถูก ความถี่ในการบริโภคอาหารว่างหรือของหวานระหว่างมื้อจึงยังสูง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แม้ว่าครอบครัวจะมีเจตนาช่วยดูแลแล้วก็ตาม

จากการวิเคราะห์ทั้ง 4 ด้าน แสดงให้เห็นว่าบทบาทของผู้จัดการอาหารมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่ผู้ป่วยและผู้จัดการอาหารอยู่ร่วมบ้านกันอย่างใกล้ชิด ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณิสา คำประสิทธิ์ (Kumprasit, 2018) และจตุภูมิ นีละศรี และอรพิมล ธนภูวนนท์ (Neelasri & Thanapuwanont, 2020) ที่ชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบ ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความเคยชินทางวัฒนธรรม และการเข้าถึงอาหารทางเลือกที่จำกัด ซึ่งทำให้บทบาทของผู้จัดการอาหารยังไม่สามารถส่งผลได้เต็มที่เท่าที่ควร

2. ความรู้ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านการควบคุมอาหารในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.37

(S.D. = 2.82) ซึ่งอาจสะท้อนถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 61.9 ปี และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.7) ป่วยเป็นเบาหวานมานานเกิน 10 ปี จึงมีโอกาสสะสมความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้ในระดับที่ดี พฤติกรรมการรับประทานอาหารกลับยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.26, S.D. = 0.87) ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ข้าวเหนียว อาหารทอด เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงเป็นต้น ซึ่งอาจเป็นผลจากความคุ้นเคยกับรูปแบบการบริโภคดั้งเดิม รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยข้อมูลพื้นฐานพบว่า ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเพียง 2,000-6,000 บาทต่อเดือน อีกทั้งร้อยละ 83.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงความรู้ที่สามารถแปลงไปสู่พฤติกรรมได้จริง นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังแสดงให้เห็นว่า บริบทของครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการรับประทานของผู้ป่วย โดยเฉพาะบทบาทของ “ผู้จัดการอาหาร” ในบ้าน ซึ่งเป็นผู้เลือกซื้อและปรุงอาหารให้ทั้งครอบครัว การตัดสินใจมักขึ้นกับความสะดวก ราคา และฤดูกาล มากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า *“ช่วงไหนมะพร้าวถูก ก็จะทำแกงกะทิบ่อยหน่อยจ้า”* สะท้อนให้เห็นถึงความผูกพันกับวัตถุดิบท้องถิ่นที่เข้าถึงง่ายและราคาไม่แพง รวมถึงความเคยชินในการเลือกซื้ออาหารจากรถกับข้าวโดยไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสมกับโรคเบาหวาน

ลักษณะดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในระดับดี แต่พฤติกรรมการรับประทานอาหารกลับไม่เปลี่ยนแปลงตามความรู้ที่มี ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดที่ว่าความรู้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสมอไป สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ สราภรณ์ ทองภูธรณ์ และ สุวลี โล่วิรกรณ์ (Thongphuthon & Lowirakorn, 2020) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ระดับสูงแต่ยังบริโภคข้าวเหนียวและอาหารที่ให้พลังงานสูงอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้ ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกูล, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ และชาญวัฒน์ ชวนต้นติกมล (Dermkhuntod, Sura-Amornkul, Kwancharoen, & Chuantantikamol, 2022) ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ควบคู่กับการสนับสนุนด้านพฤติกรรมและบริบทครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานโดยการสนับสนุนของครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวในฐานะผู้สนับสนุนหลัก ทั้งนี้ ครอบครัวสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ ดังนี้

1) เพิ่มความรู้ด้านโภชนาการ ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าร่วมอบรมหรือรับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (เช่น อาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ ลดน้ำตาลและไขมัน เลือกวิธีปรุงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เป็นต้น) การใช้สื่อหรือเครื่องมือช่วย เช่น ตารางโภชนาการ คู่มือเลือกอาหาร เป็นต้น

2) วางแผนการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย จัดเมนูอาหารประจำวันให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย โดยแบ่งสัดส่วนอาหารตามแคลอรีที่ควรได้รับ ลดการบริโภคของหวาน โดยเสนอทางเลือกที่เป็นมิตรกับสุขภาพ

3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการรับประทานอาหารสุขภาพและร่วมกันประกอบอาหารกับผู้ป่วย เพื่อสร้างบรรยากาศที่กระตุ้นและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

4) ติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบและติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย (เช่น การบันทึกการรับประทานอาหาร การตรวจระดับน้ำตาลตามนัดเป็นต้น) เพื่อประเมินผลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสมและสนับสนุนเชิงบวกด้วยการให้คำแนะนำอย่างสร้างสรรค์โดยไม่ตำหนิ

5) ลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ จัดหาอาหารเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายในบ้าน และลดการนำเข้าสินค้าที่มีน้ำตาลสูงหรือไม่เหมาะสม

6) ส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน ตั้งเป้าหมายร่วมกันในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ให้มีการเฉลิมฉลองความสำเร็จด้วยกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม รวมถึงประเมินพฤติกรรมรายบุคคลด้วยแบบสอบถามที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำได้ตรงตามบริบท

2. ในระดับชุมชน ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมบทบาทของผู้จัดการอาหาร ได้แก่ การอบรมด้านการเลือกวัตถุดิบ วิธีปรุง และควบคุมปริมาณอาหาร การส่งเสริมกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ได้แก่ การวางแผนเมนูและการปรุงอาหารร่วมกับผู้ป่วย และการติดตามพฤติกรรมด้วยแนวทางสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การบันทึกพฤติกรรมหรือระดับน้ำตาลในครอบครัว พร้อมแรงเสริมเชิงบวกโดยไม่ใช้รางวัลเป็นอาหาร เป็นต้น

3. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควรดำเนินการอย่างบูรณาการทั้งด้านความรู้และพฤติกรรม โดยเน้นการให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง ชัดเจน และประยุกต์ใช้ได้จริง ได้แก่ การเลือกอาหาร การนับคาร์โบไฮเดรต และการปรับพฤติกรรมภายใต้บริบทของแต่ละครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงเหตุปัจจัยอื่นๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ระบบบริการ และชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และเพิ่มการศึกษาเชิงปริมาณ เช่น การพัฒนาแนวทางการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการอาหารต่อระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อหาแนวทางสนับสนุนโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เป็นต้น

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง บทบาทของครอบครัว ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณประชาชน เจ้าหน้าที่ องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Alsaidan, M. A., Alanazi, A. M., & Thirunavukkarasu, A. (2025). Relationship between nutritional knowledge and self-management behavior among type 2 diabetes patients in Saudi Arabia. *Healthcare, 13*(3), 233.

American Diabetes Association. (2018). Standards of medical care in diabetes—2018 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes, 36*(1), 14-37.

Bowen, P. G., Clay, O. J., Lee, L. T., Vice, J., & Ovalle, F. (2016). Family support and its effects on glycemic control in African Americans with Type 2 Diabetes. *Diabetes Educator, 42*(4), 417-427.

Dermkhuntod, N., Sura-Amornkul, S., Kwancharoen, R., & Chuantantikamol, C. (2022). The effect of diabetes self-management education and support (DSMES) in patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Vajira Nursing Journal, 24*(1), Article 1. [In Thai].

Franz, M. J., Boucher, J. L., Rutten-Ramos, S., & VanWormer, J. J. (2015). Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 115*(9), 1447-1463.

Health Data Center. (2022). Diabetes statistics in Mabkrad Subdistrict, Phra Thong Kham District, Nakhon Ratchasima Province [Unpublished raw data]. *Ministry of Public Health, Thailand.*

Hill-Briggs, F., Adler, N. E., Berkowitz, S. A., Chin, M. H., Gary-Webb, T. L., Navas-Acien, A., ... Haire-Joshu, D. (2021). Social determinants of health and diabetes: A scientific review. *Diabetes Care, 44*(1), 258-279.

International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

Jiamjarasrangsi, W., & Aekplakorn, W. (2008). Incidence and predictors of type 2 diabetes among Thai adults: Results of the National Health Examination Survey Follow-up cohort. *Diabetes Care, 31*(8), 1719-1725. [In Thai].

Khongrit, T. (2014). *Behavioral modification in dietary consumption among type 2 diabetes patients using participatory learning approach.* Master Thesis, Khon Kaen University, Khon Kaen. [In Thai].

Kumprasit, S. (2018). The effect of the ability development in families who have members with type 2 diabetes using family nursing process and participatory learning. *Chaiyaphum Medical Journal, 38*(3), 39-49. [In Thai].

Mangkala, N., & Kitreerawutiwong, N. (2018). Effectiveness of a dietary behavior change program applying the transtheoretical model among a risk group for type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Sciences, 12*(1S), 110-120. [In Thai].

Miller, C. K., Headings, A., Peyrot, M., & Covington, C. (2016). Eating self-efficacy: Development of a short-form WEL questionnaire. *Appetite, 96,* 298-305.

Neelasri, J., & Thanapuwanont, O. (2020). Factors affecting HbA1c blood sugar levels in patients with type 2 diabetes at Thayang Hospital, Phetchaburi Province. *Medical Journal of Region 4-5, 39*(4), 714-728. [In Thai].

Phosuwan, J., Surirak, S., Niamsukhonsakul, S., Chucherd, K., Chaladlert, T., Phadungwiang, A., & Somporn, K. (2021). The effect of a dietary behavior modification program applying the Transtheoretical Model among uncontrolled type 2 diabetes patients in Chonburi province. *Journal of Council the Community Public Health, Association, 3*(3), 55-56. [In Thai].

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.*

Sroisong, S., Rueankon, A., Apichantramethakul, K., Nunta, N., & Sukkaseam, J. (2017). Perceived self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus with poor glycemic control. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 28*(2), Article 2. [In Thai].

Suwannapong, N., Pinyopornpanish, K., & Srithanaviboonchai, K. (2014). Factors related to self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus in rural northern Thailand. *Journal of Health Research, 28*(2), 69-75. [In Thai].

Thongphuthon, S., & Lowirakorn, S. (2020). Food consumption behavior among diabetic patients with uncontrolled blood glucose attending the diabetes clinic at Kut Chap Hospital, Udon Thani Province. *Journal for Public Health Research, 13,* 22-32. [In Thai].