

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรม และสภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 ตำบลลำปาว อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

คงฤทธิ วันเจริญ⁽¹⁾ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์⁽²⁾ และธีรพัฒน์ สุทธิประภา⁽³⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 26 กันยายน 2556

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 20 ธันวาคม 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรม และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 ตำบลลำปาว อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 104 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson Correlation และ F-test ด้วยเทคนิค Two Way ANOVA, Two Way MANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ และเมื่อเปรียบเทียบ อายุ และระยะเวลาเจ็บป่วยที่ต่างกัน พบว่า มีเพียงอายุที่ต่างกัน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ สำหรับสภาวะสุขภาพ พบว่า ร้อยละที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้ ค่า BMI 55.77, รอบเอว 33.65, BP 30.77, FBS 18.27, HbA1c 2.88, Cholesterol 50.96, Triglyceride 46.15, HDL 54.18, LDL 25.96, BUN 78.85 และ Cr 94.23

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, พฤติกรรม

- (1) ผู้รับผิดชอบบทความ: นักศึกษาหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
(โทรศัพท์: 081-9744198,
E-mail address: krwcr5954@gmail.com)
- (2) ศาสตราจารย์ และอาจารย์พิเศษ
ประจำหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
- (3) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Original Article

Knowledge, Perception of Self Efficacy, Behaviors and Health Status of Diabetes Mellitus type 2 in Tumbol Lampao, Amphur Mueng, Kalasin Province

Khongrit Wancharoon⁽¹⁾ Somjit Supannatas⁽²⁾ and Teerapat Suttiaprapa⁽³⁾

Received Date: September 26, 2013

Accepted Date: December 20, 2013

Abstract

This survey research aims to study knowledge, perception of self-efficacy, behaviors and health status of Diabetes Mellitus type 2 patients in Tambon Lam Pao, Amphur Muang, Kalasin province. There were 104 participants. Data collected using interview questionnaires and from health record. Data were analyzed and present as percentage, mean and standard deviation. Pearson correlation and F-test technique with two way ANOVA, two way MANOVA were performed.

The results showed that most patients have moderate knowledge. Perception of self-efficacy was moderate level and over all behavior was high. The knowledge and perception of self-efficacy were associated with behavior statistically significant ($p < 0.05$). And a comparison of gender, age and duration of illness at different times showed that only age was associated with perception of self efficacy and behavior ($p\text{-value} < 0.05$). Patients aged over 60 years had lower perception of self-efficacy and higher behaviors than all others. For health status, normal BMI was 55.77% , waist circumference 33.65% , BP 30.77%, FBS 8.27%, HbA1c 2.88%, cholesterol 50.96%, triglycerides 46.15%, HDL 54.18%, LDL 25.96%, BUN 78.85% and Cr 94.23%.

Keyword: Diabetes Mellitus Type 2, Perception of Self Efficacy, Behaviors

(1) **Corresponding author:** Philosophy of
Doctoral student in Environmental Education,
Valaya Alongkorn Rajabhat University
(Tel.: 081-9744198,
E-mail address: kwcr5954@gmail.com)

(2) Professor and Special Instructor in
Department of Environmental Education,
Valaya Alongkorn Rajabhat University

(3) Specialists Public Health Academician,
Kalasin Public Health Office

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF) ได้ประมาณการว่า ประชากรทั่วโลกเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 300 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดย 4 ใน 5 เป็นคนเอเชีย เฉพาะในประเทศไทย พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.46 ล้านคน ซึ่งรัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของโรคนี้ปีละ 126,859 ล้านบาท (โสภณ เมฆธน, 2555) ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน 1 ใน 3 ไม่เคยรู้ว่าตัวเองป่วย ส่วนผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.3 ไม่ได้รับการรักษา และผู้ที่ได้รับการรักษามีเพียง ร้อยละ 28.5 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (นิตยา พันธุเวชย์, เมตตา คาพิบูลย์, และนุชรี อาบสุวรรณ, 2552) เฉพาะปี พ.ศ. 2553 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ชั่วโมงละ 69 ครั้ง และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึงวันละ 19 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 10.8 ต่อแสนประชากร โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน จากปี 2541-2553 สูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศติดต่อกัน ถือว่าเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาและมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ปี 2551-2555 พบอัตราป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 5 เท่า ดังนี้ 1,053.06, 1,072.93, 1,202.20, 4,403.52, และ 5,531.07 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง ร้อยละ 67.97 ช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 44.44 รองลงมา 70-79 ปี ร้อยละ 29.41 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2555)

จากข้อมูลและสถานการณ์ข้างต้น ปัญหาที่มีความสำคัญเร่งด่วน และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน คือ ปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เนื่องจากโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก จะมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้การตรวจและการวินิจฉัยโรคล่าช้า ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และระดับน้ำตาลในเลือด (สุจินดา สุขกานันต์ และคณะ, 2551) สาเหตุที่มีความสำคัญ คือ “วิถีการดำรงชีวิต” ฉะนั้น แนวทางการแก้ไขจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน นับเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหานี้ เพราะเป็นการแก้ไขที่ต้นเหตุ เพื่อลดความเสี่ยง การเกิดโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ ตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ที่แตกต่างจากวิธีการเดิม (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2554)

จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

พฤติกรรม และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 ในพื้นที่ตำบลลำปาว อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการสะท้อนผลการศึกษาให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนทุกระดับ ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน การจัดทำโครงการ การออกแบบกิจกรรม สู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คงทน ที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน อันจะส่งผลให้ผู้เป็นโรคเบาหวาน และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวมได้อย่างสมดุลตามบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนนั้นๆ และเกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรม และสภาวะสุขภาพ โดยเปรียบเทียบอายุ และระยะเวลาที่ป่วยต่างกัน ของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ตำบลลำปาว อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

• รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขต ต.ลำปาว อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ จำนวน 236 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ของตำบลลำปาว อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) เพื่อความสะดวกในการศึกษาวิจัย จึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Homogeneous) คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 มีอายุไม่เกิน 65 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถอ่านออก เขียน เข้าใจ สื่อสารภาษาไทยและสัญลักษณ์ได้ มีสุขภาพส่วนบุคคลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ และยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามความยินยอมก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 104 คน

• เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่ป่วย

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ ประเภท ถูก-ผิด (True-False) จำนวน 22 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) ที่คำนวณจากสูตร KR 20 เท่ากับ 0.80

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 28 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) ที่ได้

จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach α -Coefficient) เท่ากับ 0.87

ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 38 ข้อ แบ่งความถี่ของการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 21 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) ที่ได้จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach α -Coefficient) เท่ากับ 0.75

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล สำหรับให้ผู้ช่วยวิจัยใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บและบันทึกสถานะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน รายบุคคล โดยการประยุกต์มาจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

3. ชุดตรวจสถานะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด และชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการหาระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง ระดับไขมันในเลือด และค่าการทำงานของไต

● การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis) ประกอบด้วย การเลือกใช้สถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive Statistics) ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง และการเลือกใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการหาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบความแตกต่าง เพื่อสรุปอ้างอิงข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหรือค่าสถิติไปยังคุณลักษณะของประชากรหรือค่าพารามิเตอร์ (วรณิ แกมเกตุ, 2551) โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน Correlation และสถิติ F-test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA และ Two way MANOVA ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์แปลผลข้อมูล ดังนี้

1. เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ ต่ำมาก (Groulund, 1981 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาภิรต, 2551) ดังนี้

คะแนนความรู้ตั้งแต่ร้อยละ 95-100 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับดีมาก

คะแนนความรู้ตั้งแต่ร้อยละ 85-94 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับดี

คะแนนความรู้ตั้งแต่ร้อยละ 75-84 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนความรู้ตั้งแต่ร้อยละ 65-74 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 65 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำมาก

2. เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหารด้วยระดับที่ต้องการแบ่งได้ความกว้าง $(5-1/3) = 1.33$ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

3. เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ไม่ดี ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์การแปลผลเหมือนกับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี

4. เกณฑ์การวิเคราะห์สถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนี้

4.1 ดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าปกติ เพศชาย ระหว่าง 20-24.9 เพศหญิงระหว่าง 19-23

4.2 เส้นรอบเอว ค่าปกติ เพศชาย <90 ซม. เพศหญิง <80 ซม.

4.3 ความดันโลหิต (BP) ค่าบนซิสโตลิก ปกติ <120 mmHg ค่าล่างไดแอสโตลิก ปกติ <80 mmHg

4.4 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1c) แบ่งระดับการแปลผลเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ปกติ หมายถึง ค่า FBS ระหว่าง 70-120 mg%, HbA1c <6.5%

- พอใช้ หมายถึง ค่า FBS ระหว่าง 121-139 mg%, HbA1c 6.6-7.0%

- อันตรายระยะยาวหรือเริ่มสูง หมายถึง ค่า FBS อยู่ในช่วง 140-180 mg% , HbA1c 7.1-8.0%

- อันตรายหรือสูง หมายถึง ค่า FBS ระหว่าง 180-300 mg%, HbA1c 8.1-9.0%

- อันตรายมากหรือสูงมาก หมายถึง ค่า FBS >300 mg%, HbA1c >9.0%

4.5 ระดับไขมันในเลือด มีค่าปกติ ดังนี้

- โคเลสเตอรอล < 200 mg/dl

- ไตรกลีเซอไรด์ < 150 mg/dl
- ไขมันที่ดี (HDL) > 40 mg/dl
- ไขมันไม่ดี (LDL) < 100 mg/dl

4.6 การทำหน้าที่ไตโดยการตรวจเลือดหาค่าของเสียที่ขับออกมาในเลือด มีค่าปกติ ดังนี้

- ค่าปัสสาวะ (BUN) ระหว่าง 7-20 mg/dl
- ค่าครีเอตินิน (Cr) ระหว่าง 0.5-1.5 mg/dl

● สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน Correlation และสถิติ F-test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA และ Two way MANOVA

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.12 อายุ 45-60 ปี ร้อยละ 64.42 สถานภาพคู่ ร้อยละ 92.31 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.65 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.31 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 69.23 ระยะเวลาที่ป่วย 3-5 ปี ร้อยละ 38.46 การป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.19 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของญาติสายตรง มี ร้อยละ 61.54 (ตารางที่ 1)

สำหรับข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 24.63 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รอบเอวชาย เฉลี่ย 98.09 เซนติเมตร รอบเอวหญิง เฉลี่ย 87.81 เซนติเมตร ความดันโลหิตค่าบน (ซิสโตลิก) เฉลี่ย 127.20 mmHg ความดันโลหิตค่าล่าง (ไดแอสโตลิก) เฉลี่ย 75.44 mmHg ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารเช้า 6-8 ชั่วโมง (FBS) เฉลี่ย 178.15 mg/dl แบ่งตามระดับสีแล้วส่วนใหญ่ คือ อันตราระยะยาวหรือเริ่มสูง ร้อยละ 26.92 , ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1c) เฉลี่ย 10.16 เปอร์เซ็นต์ แบ่งตามระดับสีแล้วส่วนใหญ่ คือ อันตรามาก ร้อยละ 57.69 ระดับไขมันในเลือดโคเลสเตอรอลรวม เฉลี่ย 200.07 mg/d ไตรกลีเซอไรด์ เฉลี่ย 207.50 mg/dl ไขมันที่ดี (HDL) เฉลี่ย 41.35 mg/dl ไขมันไม่ดี (LDL) เฉลี่ย 119.20 mg/dl ค่าการทำหน้าที่ของไต ค่าปัสสาวะ (BUN) เฉลี่ย 13.09 mg/dl และค่าครีเอตินิน (Cr) เฉลี่ย 0.91 mg/dl (ตารางที่ 2)

ระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับน้อย ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายด้านต่ำสุด คือ ด้านโรคและอาการ รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด ตามลำดับ (ตารางที่ 4) และพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่

ในระดับดี ส่วนรายด้านต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย รองลงมา คือ ด้านการผ่อนคลายความเครียด และด้านการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย ตามลำดับ (ตารางที่ 5) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ และระยะเวลาเจ็บป่วยที่ต่างกัน ส่วนใหญ่มีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 6) ซึ่งพบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (ตารางที่ 7) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ และระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 8) ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ซึ่งระยะเวลาที่ป่วยต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 9) และเพื่อทดสอบว่าค่าเฉลี่ยของอายุคู่ใดบ้างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการของ Sheffe ในการเปรียบเทียบกลุ่มอายุรายคู่ ได้ผลการทดสอบ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60-65 ปี มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างและสูงกว่า กลุ่มอายุ 45-60 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (ตารางที่ 10) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 11) และเพื่อทดสอบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มอายุคู่ใดบ้างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการของ Sheffe ในการเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60-65 ปี มีพฤติกรรมแตกต่างและสูงกว่า กลุ่มอายุ 45-60 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (ตารางที่ 12)

บทสรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.85) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล (2555) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับศิริวรรณ อินทรวีเชียรชชา (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ปัจจัยหลักในตัวบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานเมื่อพิจารณาทางด้าน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา ระบบการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุข มุ่งให้บริการเฉพาะการตรวจประเมินสุขภาพ การจ่ายยาตามนัด และการให้คำแนะนำระยะสั้น เมื่อมารับบริการในแต่ละครั้งเท่านั้น ซึ่ง

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะมาตามนัดเพื่อมารับการตรวจประเมินสภาวะสุขภาพและรับยา อย่างมากเดือนละ 1 ครั้ง หรือได้รับความรู้จากการจัดอบรมให้ความรู้ระยะสั้นตามโครงการเท่านั้น จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากผลการวิจัย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38$, $S.D.=0.35$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ของอรทัย วุฒิสนา (2553) พบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร เอี่ยมสอาด (2552) พบว่า ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีพฤติกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.77$, $S.D.=0.29$) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ของชนาธิป ศรีพรหม (2550) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษาโรค อยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย วุฒิสนา (2553) พบว่า ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร เอี่ยมสอาด (2552) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่า เนื่องจากบริบทของพื้นที่วิจัย ในส่วนของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 3-5 ปี (ร้อยละ 38.46) และระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 28.85) มีอายุ 45-60 ปี ร้อยละ 64.42 และมีอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 18.27 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมาก และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จึงมีประสบการณ์มากในการดำเนินชีวิต มีประสบการณ์มากในการเรียนรู้สำหรับการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ จึงมีความรู้ความเข้าใจและมีความตระหนักเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ในกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Orem (1991 อ้างถึงใน ศิริวรรณ อินทวิเชียรคชา, 2555) พบว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพได้ ดีกว่าวัยเด็ก อีกทั้ง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากและมีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะเกิดประสบการณ์และการเรียนรู้มาก จึงพยายามหาช่องทางในการดูแลตนเองให้หายจากการเจ็บป่วย

ด้วยโรคอื่นๆ ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งจะเริ่มเจ็บป่วยหรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อย (Orem, 1991 อ้างถึงใน ศิริวรรณ อินทวิเชียรคชา, 2555) ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมแตกต่างและสูงกว่ากลุ่มอายุ 45-60 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 นอกจากนี้การศึกษาค้นนี้ยังพบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 สอดคล้องกับการศึกษาของชนาธิป ศรีพรหม (2550) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ดังที่ Roger (1983 อ้างถึงใน ศิริวรรณ อินทวิเชียรคชา, 2555) กล่าวว่า บุคคลจะยอมรับสิ่งใดๆ ก็ตาม บุคคลนั้นต้องใช้ความรู้ ความคิด มาใช้ในการพิจารณาเสียก่อน ในการพิจารณานั้นย่อมจะต้องมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อการประกอบการตัดสินใจ จึงจะทำให้บุคคลนั้นสามารถตัดสินใจได้ว่าจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ของอรทัย วุฒิสนา (2553) พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ในเชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 เพราะเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จหรือไม่ในระดับใดนั้น หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก ก็จะสามารถมีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้บ่อยครั้งเช่นกัน เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่สมดุลกับสุขภาพ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของเทิดคุณ พันธการ (2552 อ้างถึงใน ศิริวรรณ อินทวิเชียรคชา, 2555) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งจากผลการวิจัย เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน ด้านที่ต่ำสุด ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.57) รองลงมาคือ ด้านการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X}=3.24$, S.D.=0.59) และด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ($\bar{X}=3.59$, S.D.=0.54) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า เนื่องจากระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในด้านที่อยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด จึงส่งผลต่อระดับพฤติกรรมในด้านนั้นด้วยเช่นกัน เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานจะใช้ความรู้ที่เคยมีประสบการณ์ ความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติตน มาช่วยในการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977) ที่ให้ความหมายการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า เป็นการที่บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นกับความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลกรรมที่จะเกิดขึ้น อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความมั่นใจ เชื่อมั่นในความคาดหวังผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดต่ำ ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดให้ประสบผลสำเร็จได้น้อยด้วย และเมื่อพิจารณาผลของสภาวะสุขภาพ พบว่า สภาวะสุขภาพในส่วนของค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของนิสาจินเกา (2554) ได้สรุปภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวาน ประเภท 2 ว่าเป็นปัญหาที่พบความชุกสูง คล้ายกับการศึกษาของขวัญเรือน วรเดชะ (2554) ได้วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาป่วย >5 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) $\geq 7\%$ ซึ่งมีผลมาจากพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตการรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และการผ่อนคลายความเครียดที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ควรให้ความสำคัญกับการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ลดการบริโภคอาหารหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ภาวะความดันโลหิตสูง อ้วนลงพุง และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมที่ดีด้วยตามผลการวิจัย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสภาวะสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

หน่วยบริการสาธารณสุขควรจัดให้มีกิจกรรมการให้ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระหว่างการรอรับบริการในคลินิกเบาหวานที่เข้มข้นเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สูงอายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่น้อย โดยการจัดการโรคเบาหวานในชุมชนที่ชัดเจน สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จนเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้นด้วยตนเอง ทั้งนี้ต้องส่งเสริมให้ครอบครัว ภาศีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มคนแต่ละกลุ่มแต่ละบุคคลในชุมชน ได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของตนเอง และช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่คอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และดร. ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ที่เสียสละเวลาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้การสนับสนุนโอกาสและงบประมาณในการทำวิจัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสอ กลุ่มจิตอาสา อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ช่วยในการเก็บข้อมูลและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเรือน วรเดชะ. (2555). ปัจจัยทางเมตาบอลิกที่มีผลต่อภาวะจอประสาทตาเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. ค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2555. จาก <http://rdhsj.moph.go.th/ejournalThai/index.html>
- จิราพร เอี่ยมสอาด. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสมาชิกในครอบครัวในอำเภอเวียงชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชนาธิป ศรีพรม. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชลิตา ไชยศิริ. (2554). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมาร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ชาญชัย พิทยศักดิ์. (2547). การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต.ลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา พันธุ์เวทย์, เมตตา คาพิบูลย์, และนุชรี อาบสุวรรณสุขภาพ. (2554). ประเด็นการณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2553 . ค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2555, จาก <http://thaincd.com/document/hot%20news/diabetes.pdf>

- นิตยา เพ็ญศิริภา. (2554). การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิด และการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศการพิมพ์.
- นิตยา จินดา. (2554). ความสุขของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงและปัจจัยที่มีผลต่อไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญธรรม กิจปรีดาภิรต. (2551). คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- พิศมัย ภูนาเมือง. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- วรรณิ แกมเกตุ. (2551). วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ อินทวิเชียรชชา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2554). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กาฬสินธุ์: สำนักงาน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจข้อมูลสภาวะสุขภาพใน ปี พ.ศ. 2542 - 2552. ค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2555, จาก www.hiso.or.th/hiso5/report/sreport.php
- สิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล. (2555). พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 4(1), 1-9.
- สุจินดา สุขกำเนิด, ศิริจันทร์ภรณ์ อัจฉิมานกุล และคณะ. (2551). คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองของ อสม. แบบประเมิน “การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานเบื้องต้น”ตามโครงการศึกษาและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวานและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานในระดับชุมชน. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- โสภณ เมฆธน. (2555). ข่าวเพื่อสื่อมวลชน สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2555, จาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=45237
- อรรถย์ วุฒิเสลา. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=104)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			สถานภาพ		
ชาย	29	27.88	โสด	8	7.69
หญิง	75	72.12	คู่	96	92.31
อายุ			รายได้		
ต่ำกว่า 45 ปี	18	17.31	ต่ำกว่า 5,000 บาท	72	69.23
45-60 ปี	67	64.42	5,000-10,000 บาท	26	25.00
60-65 ปี	19	18.27	มากกว่า 10,000 บาท	6	5.77
การศึกษา			อาชีพ		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.88	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	5.77
ประถมศึกษา	87	83.65	เกษตรกร	70	67.31
มัธยมศึกษา	9	8.65	รับจ้าง	18	17.31
ปวช. /ปวส. /อนุปริญญา	2	1.92	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	6.73
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	2.88	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	2.88
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย			การเจ็บป่วยโรคเรื้อรังของญาติ		
ต่ำกว่า 3 ปี	34	32.69	มี	64	61.54
3-5 ปี	40	38.46	ไม่มี	40	38.46
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	30	28.85			

ตารางที่ 2 สภาวะสุขภาพ (n=104)

แปลผล	BMI				รอบเอว				BP บน			
	n	%	$\bar{X}$	S.D.	n	%	$\bar{X}$	S.D.	N	%	$\bar{X}$	S.D.
ปกติ	58	55.77	24.63	4.46	35	33.65	90.28	12.43	35	33.65	127.20	15.62
เกินเกณฑ์	46	44.23			69	66.35			69	66.35		

ตารางที่ 2 สภาวะสุขภาพ (n=104) (ต่อ)

แปลผล	BP ล่าง				โคเลสเตอรอล				HDL			
	n	%	$\bar{x}$	S.D.	n	%	$\bar{x}$	S.D.	N	%	$\bar{x}$	S.D.
ปกติ	19	18.27	75.44	9.80	53	50.96	200.07	39.87	57	54.81	41.35	7.85
เกินเกณฑ์	85	81.73			51	49.04			47	45.19		
แปลผล	LDL				BUN				Cr			
	n	%	$\bar{x}$	S.D.	n	%	$\bar{x}$	S.D.	N	%	$\bar{x}$	S.D.
ปกติ	27	25.96	119.20	36.71	82	78.85	13.09	5.88	98	94.23	0.91	0.55
เกินเกณฑ์	72	74.04			28	21.15			6	5.77		
รายการตรวจ	ระดับ									$\bar{x}$	S.D.	
	ปกติ		พอใช้		เริ่มอันตราย		อันตราย		อันตรายมาก			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
FBS	19	18.27	25	24.04	28	26.92	23	22.12	9	8.65	178.15	81.68
HbA1c	3	2.88	5	4.81	20	19.23	16	15.38	60	57.69	10.16	2.67

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ (n=104)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	28	26.92
ระดับปานกลาง	56	53.85
ระดับน้อย	20	19.23
$\bar{X}$ =17.80, S.D.=2.56, Max=22, Min=12		

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยรวมและรายด้าน (n=104)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านโรคและอาการ	2.72	0.54	ปานกลาง
2. ด้านการรับประทานอาหาร	3.39	0.61	ปานกลาง
3. ด้านการออกกำลังกาย	3.01	0.56	ปานกลาง
4. ด้านการผ่อนคลายความเครียด	3.19	0.62	ปานกลาง
5. ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย	3.24	0.61	ปานกลาง
6. ด้านการใช้ยาและสมุนไพรพื้นบ้าน	4.02	0.37	สูง
7. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน	4.06	0.53	สูง
โดยรวม	3.38	0.35	ปานกลาง

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรม โดยรวมและรายด้าน (n=104)

พฤติกรรม	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.88	0.33	ดี
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.95	0.57	ปานกลาง
3. ด้านการผ่อนคลายความเครียด	3.24	0.59	ปานกลาง
4. ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย	3.59	0.54	ปานกลาง
5. ด้านการใช้ยาและสมุนไพรพื้นบ้าน	4.11	0.49	ดี
6. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน	4.33	0.40	ดี
โดยรวม	3.77	0.29	ดี

ตารางที่ 6 แสดงระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรม จำแนกตามอายุ และระยะเวลาที่ป่วย

ตัวแปร	n	%	ความรู้		ระดับ	การรับรู้		ระดับ	พฤติกรรม		ระดับ
			$\bar{x}$	S.D		$\bar{x}$	S.D		$\bar{x}$	S.D	
อายุ											
ต่ำกว่า 45 ปี	18	17.30	72.98	12.23	ปานกลาง	3.22	0.24	ปานกลาง	3.68	0.20	ดี
45-60 ปี	67	64.40	69.88	12.29	ปานกลาง	3.35	0.36	ปานกลาง	3.74	0.29	ดี
60-65 ปี	19	18.30	73.92	10.92	ปานกลาง	3.62	0.27	ปานกลาง	3.96	0.28	ดี
ระยะเวลาป่วย											
ต่ำกว่า 3 ปี	34	32.69	71.93	12.23	ปานกลาง	3.37	0.31	ปานกลาง	3.74	0.28	ดี
3-5 ปี	40	38.46	69.77	12.29	ปานกลาง	3.27	0.31	ปานกลาง	3.70	0.28	ดี
มากกว่า 5 ปี	30	28.85	72.12	10.92	ปานกลาง	3.53	0.40	ปานกลาง	3.88	0.29	ดี

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรม (n=104)

ตัวแปร	R	p-value
ความรู้	.384	<.001*
การรับรู้ความสามารถความสามารถของตนเอง	.310	.001*
พฤติกรรม	.645	<.001*

ตารางที่ 8 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ที่มีอายุ และระยะเวลาที่ป่วยต่างกัน (n=104)

ตัวแปร	Sum of Square	df	Mean Square	F	p-value
อายุ	16.365	2	8.183	1.159	.318
ระยะเวลาป่วย	2.599	2	1.300	.184	.832
อายุ*ระยะเวลาป่วย	7.708	4	1.927	.273	.895
Error	670.873	95	7.062		
Total	26182.000	104			

ตารางที่ 9 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอายุ และระยะเวลาที่ป่วยต่างกัน

ตัวแปร	Sum of Square	df	Mean Square	F	p-value
อายุ	1.319	2	.659	6.184	.003*
ระยะเวลาป่วย	.227	2	.114	1.066	.348
อายุ*ระยะเวลาป่วย	.172	4	.043	.403	.806
Error	10.131	95	.107		
Total	1197.713	104			

ตารางที่ 10 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอายุต่างกัน เป็นรายคู่ (n=104)

(I) age	(J) age	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value
ต่ำกว่า 45 ปี	45-60 ปี	-.1312	.08670	.323
	60-65 ปี	-.4017*	.10741	.001*
45-60 ปี	ต่ำกว่า 45 ปี	.1312	.08670	.323
	60-65 ปี	-.2705*	.08488	.008*
60-65 ปี	ต่ำกว่า 45 ปี	.4017*	.10741	.001*
	45-60 ปี	.2705*	.08488	.008*

ตารางที่ 11 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่มีอายุ และระยะเวลาที่ป่วยต่างกัน

ตัวแปร	Sum of Square	df	Mean Square	F	p-value
อายุ	.650	2	.325	4.231	.017*
ระยะเวลาป่วย	.115	2	.057	.748	.476
อายุ*ระยะเวลาป่วย	.096	4	.024	.312	.869
Error	7.297	95	.077		
Total	1484.550	104			

ตารางที่ 12 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่มีอายุต่างกัน เป็นรายคู่

(I) age	(J) age	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value
ต่ำกว่า 45 ปี	45-60 ปี	-.0577	.07358	.736
	60-65 ปี	-.2769*	.09116	.012*
45-60 ปี	ต่ำกว่า 45 ปี	.0577	.07358	.736
	60-65 ปี	-.2192*	.07204	.012*
60-65 ปี	ต่ำกว่า 45 ปี	.2769*	.09116	.012*
	45-60 ปี	.2192*	.07204	.012*