บทวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

PREDICTIVE FACTORS OF DIETARY CONSUMPTION AMONG DIABETES MELLITUS TYPE 2 PATIENS

พรทิพย์ สมตัว[**]

ปาหนัน พิชยภิญโญ[**] วีณา เที่ยงธรรม[**] ดุสิต สุจิรารัตน์[***]

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและพบเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลจึงมีนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกโรคเบาหวานขึ้น โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ก็ยังพบจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2556 ถึง 31 มกราคม 2557 โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอายุ 35-60 ปี จำนวน 210 คน (กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 105 คนและกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 105 คน) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงส้นตรง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (p-value < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (p-value < .001) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (p-value < .01) ดังนั้นการให้ความรู้ทางสุขภาพจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอันดับแรก และส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2/ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ปาหนัน พิชยภิญโญ

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

Diabetes mellitus is one of the serious chronic diseases and which as a major problem worldwide. The numbers of diabetes patients have increased steadily. Therefore, the government has launched the policy to establish the diabetes clinic and activities including health education and skill practice for enhancing people's lifestyle modification. Individual or group counseling is also offering patients regarding how to deal with diabetes conditions. However, the number of uncontrolled diabetic patients was still high.

Using the health belief model as a conceptual framework. The purpose of this descriptive study was to determine the factors predicting dietary consumption among diabetes mellitus type 2 patients. The study was conducted from December 1st 2013 to January 31st 2014, The data were collected by self-administered questionnaires. Two hundred and ten diabetic patients (105 controlled and 105 uncontrolled) aged 35 – 60 years and were received care in outpatient clinic were randomly recruited. Statistical analysis was performed by using descriptive statistics, chi-square for a univariate analysis and stepwise logistic regression for multivariate analysis. All of which were done by the SPSS program.

Results showed that factors predicted dietary consumption in controlled group were self-efficacy in their ability of practicing behaviors to glycemic control (p-value < .001), whereas those in uncontrolled group were perceived susceptibility of diabetes complication (p-value < .001) and cues to action to practicing behaviors glycemic control (p-value < .01). Implication of the study includes effectively providing health education in a participatory manner focusing primarily on perceived susceptibility and cues to action in uncontrolled diabetic patients, and self-efficacy in order to increase effectiveness of prevention in controlled diabetic patients.

Keywords: Dietary consumption/ Diabetes mellitus/ The Health Beliefs Model/ Self-efficacy.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น ตาบอด ภาวะไตวาย หรือการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อาจไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตในทันที แต่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ (Klein, 1995) ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้ตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นเป็นเรื่องสำคัญ (International diabetes federation, 2013) ประเทศไทยมีรายงานสถิติผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยรายใหม่ 176,685 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 277.36 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยเบาหวานสะสม (ปีพ.ศ. 2549-2553) จำนวน 888,580 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 1,394.91 ต่อประชากรแสนคน (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

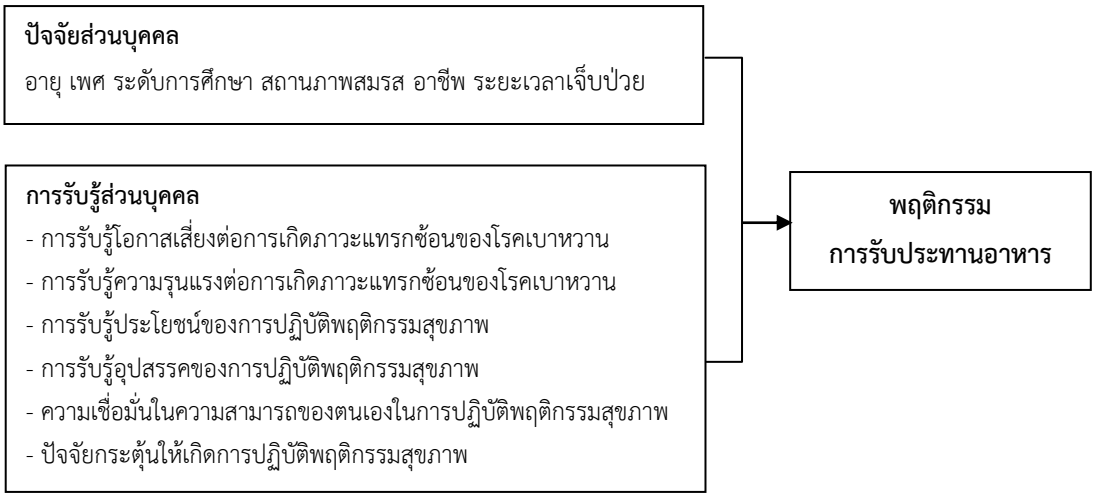
เป้าหมายที่สำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 ด้าน คือ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) การจัดการความเครียด (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2551) โดยพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กล่าวคือ การควบคุมอาหารที่ดีจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (เพรียวพันธุ์ อุสาย, 2554) โดยการที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการในสัดส่วนที่เหมาะสม และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีและต่อเนื่อง (วิทยา ศรีดามา, 2545) รัฐบาลไทยจึงมีนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้น โดยมีรูปแบบในการให้บริการให้ความรู้และ จัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรักษาโรคเบาหวานทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัด การความเครียด โดยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีแพทย์ พยาบาล เภสัช เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เป็นที่หน้าสังเกตว่ายังมีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายน้อย โดยพบว่ามีจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ ร้อยละ 20 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความจำเป็นที่ควรมีงานวิจัยที่ศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัด เนื่องจากพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยใน ปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นอัตรา 834.63 ต่อประชากรแสนคน และ พ.ศ. 2552 มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 1,027.75 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สูงมาก จะเห็นได้จากตัวอย่างรายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี และโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สูงถึงร้อยละ 57.50, 52.95 ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี, 2555; สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ, 2555) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคในจังหวัดกาญจนบุรีโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยประยุกต์กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซ็นต็อก (Rosenstock,1988) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

รวมทั้งปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีผลต่อการดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นได้ (Boden & Albara, 2008) และผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยลง (Juarez et al., 2012) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเนื่องจากคู่สมรสมีส่วนในการแบ่งเบาภาระ และเป็นกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) สำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่นานขึ้นทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Juarez et al, 2012) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล, 2550) และจากการศึกษาของ นูร์มา แวบือซา (2551) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และสุภาพร เพ็ชรอาวุธ (2554) พบว่า สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตัวเอง

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional studies) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2556 ถึง เดือนมกราคม 2557 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 30-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติด้านจิตเวช พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เมื่อทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Cohen, 1988) ที่ค่าอำนาจทดสอบที่ 0.80 ค่าอิทธิพล 0.15 และค่าแอลฟ่า .05 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวนอย่างน้อย 104 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ยหรือ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7) และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ยหรือ HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยผู้วิจัยได้ทำการสุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกโรงพยาบาลที่จะศึกษา คือ เป็นโรงพยาบาลที่มีการตรวจประเมินระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีการตรวจหาค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในผู้ป่วยเบาหวานครบทั้ง 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมีทั้งหมด 3 แห่งในจังหวัดกาญจนบุรี แล้วจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้โรงพยาบาลที่จะศึกษา 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ และโรงพยาบาลเลาขวัญ สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชนที่เลือกเข้ามาในการวิจัย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 210 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity)

ความเหมาะสม ความชัดเจนของวัตถุประสงค์จากผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคเบาหวานและผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวัด จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (6 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 6 – 30 คะแนน) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (6 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 6 - 30 คะแนน) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (7 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 7 - 35 คะแนน) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (8 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 8 - 40 คะแนน) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (6 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 6 - 30 คะแนน) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (7 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 7 - 35 คะแนน) ลักษณะ คำตอบเป็นแบบวัดมาตรประมาณค่าของลิเคริร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ในข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นคำถามเชิงลบ หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยได้ทำการ recode คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ในระดับสูง แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละด้าน เท่ากับ 0.81, 0.70, 0.72, 0.81, 0.89 และ 0.66 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสัปดาห์ที่ผ่านมาพัฒนาโดยผู้วิจัย แบบสอบถามมีลักษณะของคำถามเป็นแบบ 5 ตัวเลือก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าของลิเคริร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือดเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 7 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 7-35 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ MUPH 2013-147 รหัสโครงการ 95/2556) ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวาน และเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2556 ถึง 31 มกราคม 2557 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 เดือน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

(Pearson's correlation coefficient) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 p-value <.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 เป็นผู้หญิง อายุเฉลี่ย 51.6 ปี (SD = 0.52) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.8) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.1) มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 5.9 ปี (SD = 0.42) จากการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 23.2, SD = 0.41) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 24.7, SD = 0.41) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 28.1, SD = 0.44) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 19.1, SD = 0.57) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับ ($\overline{X}$ = 23.7, SD = 0.37) ความเชื่อมั่นในความ สามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 26.5, SD = 0.39)

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ อายุ (r = -0.127, p-value < .05) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (r = -0.221, p-value < 0.05) และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (r = 0.370, p-value < 0.01, r = 0.458, p-value < 0.01 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ปัจจัย	r	p-value
เพศ	.142	.149
อายุ	-.127	.026*
สถานภาพสมรส	.095	.333
ระดับการศึกษา	-.066	.506
อาชีพ	-.018	.853
ระยะเวลาเจ็บป่วย	.154	.117
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	-.010	.917
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	.095	.334
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.129	.191
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-.221	.024*
ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.370	<.001*
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.458	<.001*

* p-value < .05, ** p-value < .01

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (r = -0.240, p-value < .05, r = -0.208, p-value < .05 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (r = -0.368, p-value < .01; r = 0.295, p-value < .01 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ปัจจัย	r	p-value
เพศ	.208	.777
อายุ	.090	.362
สถานภาพสมรส	-.005	.962
ระดับการศึกษา	.073	.460
อาชีพ	-.035	.722
ระยะเวลาเจ็บป่วย	.109	.268
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	.096	.329
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	.121	.218
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.240	.014*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-.368	<.001**
ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.295	.002**
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.208	<.033*

* p-value < .05, ** p-value <.01

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอย พบว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 21.0 (R^2 = 0.210, p-value < .001 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ตัวแปร	b	SE	beta	t	p-value
ความเชื่อมั่นในความสามารถฯ	.308	.059	.458	5.226	<.001*

Constant = 18.300, SE = 1.577, R = .458, R^2 = .210, F = 37.309, p-value < .001

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้ร้อยละ 19.1 (R^2 = 0.191, F = 7.012, p-value < .01) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (p-value < .001) รองลงมา คือ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (p-value < .01) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตัวแปร	b	SE	beta	t	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	-.150	.041	-.328	-3.626	<.001
ปัจจัยกระตุ้นฯ	.186	.070	.239	2.648	<.01

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีปัจจัยด้านอายุ ในขณะที่ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กล่าวได้ว่าลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การรับรู้ของบุคคล ความสนใจและการเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรม การได้รับการสนับสนุน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์และพยาบาล เป็นต้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่ามาที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540) แต่อย่างไรก็ตามในการให้บริการกับผู้ป่วยเบาหวานควรให้ความสำคัญกับลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันของผู้ป่วยเบาหวานและเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาต่อไป

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ขึ้นกับความเชื่อมั่นในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นไม่เพียงส่งเสริมความเชื่อมั่นในการมีพฤติกรรมสุขภาพ แต่ควรมีการส่งเสริมเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นพื้นฐานในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ในขณะที่ปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้และแรงกระตุ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มากกว่าเพื่อป้องกันตัวเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากผลการวิจัยนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องการแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมและจากปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล ในเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล และผลจากแรงกระตุ้นนี้ส่งให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ดีขึ้น และเป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นสามารถทำการส่งเสริมความสามารถในการจัดการโรคที่ตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวได้ในขณะที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นควรให้ความสำคัญกับการทำการส่งเสริมสภาพแวดล้อมและบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล (2550) ที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและรายได้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการส่งเสริมเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานได้ ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาวิจัยในรูปแบบของการวิจัยเชิงทดลอง โดยพัฒนาโปรแกรมที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อมั่นด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ณัฐธยาธ์ ประเสริฐอำไพสกุล. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นูร์มา แวบือซา. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เพรียวพันธ์ อุสาย. (2554*).* ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(3)*, 11-20.

วิทยา ศรีดามา. (2545). *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงการณ์มหาวิทยาลัย.

สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. (2555). โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี. กาญจนบุรี.

สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. (2555). โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ. กาญจนบุรี.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. ปริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด.

สุพาพร เพ็ชรอาวุธ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาล, 29*(4), 18-26.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 43*(17), 257-271.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รายงานประจำปี 2553*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.* Accessed May 2016 from http://thaincd.com/information-

statistic/non-communicable-disease-data.php?pn=1

Becker, MH. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 409-419.

Boden-Albara, B., Cammack, S., Chong, J., Wang, C., Wright, C., Rundek, T., Elkind, M.S.V., Paik, M.C., & Sacco, R.L. (2008). Diabetes, fasting glucose levels, and risk of ischemic stroke and vascular events. *Diabetes Care, 31*(6), 1132-1137.

Cohen, J. (1988). *Statistic power analysis for behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas sixth edition 2013*. Accessed September 15th, 2013. from. http:// www.idf.org/diabetesatlas.

Klein, R. (1995). Hyperglycemia and microvascular and macrovascular disease in diabetes. *Diabetes Care, 18*(2), 258-268

Juarez, DT., Sentell, T., Tokumaru, S., Goo, R., Davis, JW., & Mau, MM. (2012). Factors associated with poor glycemic control or wide glycemic variability among diabetes patients in Hawaii 2006-2009. *Centers for Disease Control and Prevention, 19*, 1-10.

Rosenstock, MI. (1988). The Health Belief Model and preventive health behaviors. *Health Education Monographs, 2*, 354-386.