

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

ปริญญานิพนธ์
ของ
จันทิมา โตชะนันท์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กันยายน 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ
ของ
จันทิมา โดษะนันท์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กันยายน 2544

156104

จันทิมา โดษะนันท์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิก
เบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ปรินิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา)
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌิมามังกร,
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้อง
ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการ
สนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 320 คน เป็นชาย 122 คน
และหญิง 198 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้
แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการสนับสนุนสังคม
วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t-test) และ
วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) โดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้อง
ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรค และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกัน
มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน
มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

SELF CARE OF DIABETES MELLITUS PATIENTS IN DIABETES MELLITUS CLINIC
AT PATHUMTHANI HOSPITAL CHANGWAT PATHUMTHANI

AN ABSTRACT
BY
CHANTIMA DOSANANT

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
September 2001

Chantima Dosanant. (2001). *Self Care of Diabetes Mellitus in Diabetes Mellitus Clinic at Pathumthani Hospital Changwat Pathumthani*. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinvirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Napaporn Madhyamankura, Assist.Prof. Viriya Sukwongs

The objective of this study were study and to compare the self care of diabetes mellitus patients in Diabetes Mellitus Clinic at Pathumthani Hospital Changwat Pathumthani, according to variables sex, age, educational attainment, occupation, family history, period of disease, knowledge of diabetes mellitus and social support . Samples were 320 diabetes mellitus patients and composed of 122 male and 198 female patients from purposive sampling technique.

The instruments for collecting data were the questionnaires of general data, self care of diabetes mellitus patients, knowledge of diabetes mellitus and social support. The data were analyzed by using mean, standard deviation, t-test and one way analysis of variance (F-test)

The results of this study were as follows :

1. Self care of diabetes mellitus patients was in high level .
2. Self care of diabetes mellitus patients of different sex, age, family history, period of disease and knowledge of diabetes mellitus showed no difference.
3. Self care of diabetes mellitus patients having different educational attainment, occupation and social support showed difference at .05 level of significance.

ปริญญานิพนธ์

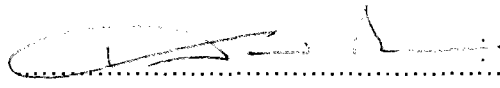
เรื่อง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

ของ

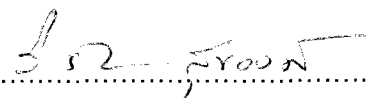
นางสาวจันทิมา โดษะนันท์

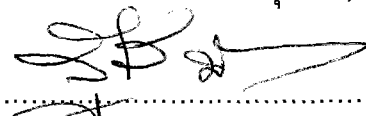
ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศวลาภรณ์)
วันที่...๒๗...เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๔

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรัชามารณ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีนัส ปัทมภาสพงษ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌิมากร ประธานกรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา จนสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี อาจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ สินเสถียรพร คุณอุบล บุญรอด และคุณสมร ละเอียดที่กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี และบุคลากรงานผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานทุกท่าน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ช่วยอำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลต่าง ๆ เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลบางเตือ 1 คุณสายหยุด ผลระอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ 4,5 และ 6 ตำบลบางเตือ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่ได้ให้ความกรุณาช่วยจัดเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว ทุกท่านที่ให้กำลังใจ ห่วงใย ช่วยเหลือ และสนับสนุนตลอดมาจนผู้วิจัยสามารถประสบความสำเร็จในครั้งนี้

จันทิมา โดษะนันท์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
ตัวแปรอิสระ.....	5
ตัวแปรตาม	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	9
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	12
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	30
แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	53
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	53
งานวิจัยในประเทศไทย.....	54
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	62
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	62
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	63
ลักษณะของเครื่องมือ.....	63
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	63

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย	64
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	91
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	91
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	91
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	91
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	92
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	93
อภิปรายผล.....	94
ข้อเสนอแนะ.....	108
บรรณานุกรม.....	110
ภาคผนวก.....	121
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	144

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอริ้ม.....	20
2	โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในครอบครัว.....	33
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน และระยะเวลาของการเป็นโรค.....	74
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการสนับสนุนทางสังคม	78
5	ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จำแนกตามการดูแลตนเองเป็นรายข้อ.....	79
6	จำนวนค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานีจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรคความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการสนับสนุนทางสังคม.....	81
7	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จำแนกตามเพศและประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน.....	85
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม.....	86
9	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และการสนับสนุนทางสังคม.....	88

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	9
2 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอริเอม	14
3 ระยะของการดูแลตนเอง	16
4 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	23

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

สภาพสังคมในปัจจุบันของประเทศไทย ตอบรับกระแสการเปลี่ยนแปลงในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การใช้เทคโนโลยี และวิทยาการต่างๆ มากขึ้น เป็นผลให้วิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพฤติกรรมต่างๆ ทางด้านสุขภาพ เช่น การที่ประชาชนนิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูป หรืออาหารจานด่วน (Fast food) ซึ่งอาหารเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล และไขมันค่อนข้างสูง เป็นอาหารที่บริโภคแล้ว ทำให้น้ำหนักของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และมีการออกกำลังกายที่ลดน้อยลง สิ่งต่าง ๆ นี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ประกอบกับประเทศไทยมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข เจริญก้าวหน้า เป็นผลทำให้อายุเฉลี่ยของประชาชนยืนยาวขึ้น แนวโน้มของอัตราการเกิดโรคติดต่อลดลง แต่อัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อกลับเป็นปัญหาสำคัญ และทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยพบสาเหตุการตายของประชากร 3 อันดับแรกเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และยังพบว่า 5 ใน 10 โรคแรกของผู้ป่วย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเช่นกัน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน เป็นต้น (กรมการแพทย์. 2538 : 10)

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non – communicable disease) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2538 : 1) องค์การอนามัยโลก ได้เห็นความสำคัญของปัญหานี้ ได้ให้รัฐบาลของประเทศต่างๆ ร่วมกันช่วยรณรงค์โรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2514 และได้จัดให้มีการประชุมใหญ่ของคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ที่กรุงเจนีวา ในปี พ.ศ.2516 สำหรับประเทศไทย ได้ทำการสำรวจโรคเบาหวานครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508 เป็นต้นมา และยังได้มีการจัดตั้งสมาคมโรคเบาหวานขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ประชาชน จะได้รู้จักป้องกัน ส่วนผู้ที่ป่วยแล้วก็จะรู้จักควบคุมโรค ชลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถดำรงชีวิตอยู่เช่นคนปกติอื่นๆ (สุนทร ตันตนาพันธ์ และคนอื่นๆ. 2535 : 7, 31)

โรคเบาหวาน มีสาเหตุจากพันธุกรรม ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต และจากการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยจะสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้น โดยประชากรมีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 60 ปี พบประมาณร้อยละ 4.00 – 7.00 ในประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป พบสูงถึงร้อยละ 10.00 – 15.00 (สุนทร ตันตนาพันธ์. 2532 : 8) และจากสถิติของกองสถิติสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2537 พ.ศ.2538 และ พ.ศ.2539 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วประเทศ 48,332, 53,760 และ

69,114 คน คิดเป็นอัตรา 90.96, 100.11 และ 127.49 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบผู้ที่เสียชีวิต ด้วยสาเหตุการตายจากโรคเบาหวานทั้งประเทศของปี พ.ศ.2538 และ พ.ศ. 2539 เท่ากับ 4,244 และ 4,383 คน คิดเป็นอัตรา 7.20 และ 7.40 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับแผนงานของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อ โดยอนุมัติคณะรัฐมนตรีในการลดอัตราตายจากโรคเบาหวานภายในประเทศภายใน ปี พ.ศ. 2543 ให้เหลือเพียง 5 คนต่อประชากรแสนคน (กรมการแพทย์. 2536 : 9) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยเองถึงแม้ว่าโรคเบาหวานจะไม่ใช่วิถีร้ายแรงถึงแก่ชีวิต แต่ก็เป็โรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อการทำงานทุกระบบของร่างกาย เช่น โรคไตวาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบ การทำงานของระบบประสาทเสื่อม เป็นต้น ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งจากการสำรวจภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศูนย์ 10 แห่ง จะพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 8.00 – 17.30 โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ร้อยละ 5.80 – 15.40 พยาธิสภาพที่จอประสาทตา ร้อยละ 32.10 ต้อกระจก ร้อยละ 6.60 พยาธิสภาพที่ไต ร้อยละ 40.00 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.00 (กรมการแพทย์. 2538 : 39) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดังกล่าว นับว่าเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับของบุคคล ครอบครัว และสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งหลักในการรักษาและควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ผลดี คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา การดูแลรักษาตนเอง (สมณฑา เสรีรัตน์. 2539 : 55)

นอกจากการดูแลตนเองแล้ว การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคลเช่นกัน เพราะการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นนั้นจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง สามารถต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย (Cohen & Wills. 1985 : 31 – 357) การสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ตามแนวคิดของเฮ้าส์ (Tilden & Weinert. 1987 : 614 ; อ้างอิงจาก House. 1990. *Nursing Research*. p. 212 – 216) ได้แก่การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้าน สิ่งของ เงินหรือแรงงาน ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมแหล่งหนึ่ง โดยที่ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของสมาชิก (มัลลิกา มัตติโก. 2530 : 119) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยถูกรังเกียจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ดี

(Tilden & Weinert. 1987 : 613 – 629) และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านอนามัยที่ดี (ฉัตรวลัย ไจอารีย์. 2533 : 23)

จากสภาพปัญหาข้อมูลต่างๆ และแนวนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2541) ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Self – care) การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำไม่ว่าจะเป็นหญิง ชาย หรือเด็ก ถ้าการดูแลไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วย การเกิดโรค หรือการตายก็จะเกิดขึ้น และการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเอง จึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติ และภาวะการเจ็บป่วย จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 22 – 25 ; อ้างอิงจาก Orem. 1985. *Nursing : Concepts of Practice.*) โดยแบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Development self – care requisites) และความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self – care requisites) ซึ่งการดูแลตนเองนั้น นับว่าเป็นกลวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นในระบบงานสาธารณสุขที่จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับโรงพยาบาลปทุมธานีเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปิดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก บริการทุกวันอังคาร วันพุธ และวันพฤหัสบดี เวลา 08.00 น. – 12.00 น. มีผู้ป่วยหมุนเวียนมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน เฉลี่ยวันละ 90 – 130 คน จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2541 , 2542 และ 2543 มีจำนวน 1,078 , 1,350 และ 1,509 คน ตามลำดับ คิดเป็นผู้ป่วยใหม่ในแต่ละปีเท่ากับ 147 , 188 และ 232 คน ตามลำดับ แสดงถึงผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี และจากการศึกษาทะเบียนประวัติ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 100 ราย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 30.00 ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสูงๆ ต่ำๆ ระหว่าง 180 – 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 50.00 และผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 20.00 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาด้วยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 52.00 ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ตาพร่ามัว ร้อยละ 42.00 โรคหัวใจหรือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.00 มือและเท้าชา ร้อยละ 17.00 โรคผิวหนัง ร้อยละ 9.00 แผลเรื้อรังต้องตัดมือหรือเท้า ร้อยละ 2.00 และในปี พ.ศ. 2543 มีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นอัตราร้อยละ 3.30

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ ปรีกษา และหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งยังเป็นประโยชน์ในการเรียนการสอนกับบุคลากรในทีม สุขภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้มีชีวิตที่มีคุณภาพที่ดี และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ได้ตั้งคำขวัญขององค์กรอนามัยโลกที่ว่า “แม้เป็นโรคเบาหวาน ชีวิตก็เป็นสุขได้”

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
2. เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานพัฒนาการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี
3. ผลการศึกษาเป็นข้อมูล และแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงและวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. เป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำไปจัดโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เหมาะสมต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี ทั้งเพศชายและหญิง และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 1,509 คน (สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี. 2543 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 320 คน ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรยามาเน่ (Yamane)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) แบ่งเป็น ดังนี้
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 ระดับการศึกษา
 - 1.3 อาชีพ
 - 1.4 รายได้
 - 1.5 สถานภาพสมรส
 - 1.6 ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน
 - 1.7 ระยะเวลาของการเป็นโรค
 - 1.8 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 1.9 การสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ การดูแลตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลตนเอง

หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความสุข โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self – care requisites)

ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self – care requisites) ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ แล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี

3. เพศ

หมายถึง เพศของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

3.1 เพศชาย

3.2 เพศหญิง

4. อายุ

หมายถึง จำนวนอายุเต็มบริบูรณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยนับวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น

1.1 น้อยกว่า 40 ปี

1.2 40 – 60 ปี

1.3 มากกว่า 60 ปี

5. ระดับการศึกษา

หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกเป็น 4 ระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 39)

5.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

5.2 ประถมศึกษา

5.3 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

5.4 อุดมศึกษา

6. อาชีพ

หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้

6.1 ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในสังกัดส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

6.2 ค้าขายหรือธุรกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด ที่เป็นของตนเอง

6.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย

6.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างทำงานเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน

6.5 แม่บ้าน / พ่อบ้าน / นักเรียน / นักศึกษา หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งจะไม่มีรายได้

7. รายได้

หมายถึง จำนวนเงินเฉลี่ยต่อเดือนที่ได้จากการประกอบอาชีพหรือรายได้อื่นๆ ของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น

7.1 น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

7.2 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน

7.3 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน

7.4 มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน

8. สถานภาพสมรส

หมายถึง ฐานะหรือตำแหน่งทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันของสามีภรรยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น

8.1 โสด

8.2 คู่

8.3 หม้าย / หย่า / แยก

9. ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน

หมายถึง การที่มีญาติพี่น้องของกลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก่อน แบ่งออกเป็น

9.1 มี

9.2 ไม่มี

10. ระยะเวลาของการเป็นโรค

หมายถึงจำนวนปีที่นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานจนถึงปัจจุบัน แบ่งออกเป็น

10.1 น้อยกว่า 1 ปี

10.2 1 ปี – 5 ปี

10.3 6 ปี – 10 ปี

10.4 มากกว่า 10 ปี

11. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

หมายถึง ความสามารถในการคิด การรับรู้ และจดจำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในเรื่องสาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการ แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตนเพื่อ

ควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

11.1 ความรู้ระดับดี

11.2 ความรู้ระดับปานกลาง

11.3 ความรู้ระดับต่ำ

12. การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง พฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา – มารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน รวมทั้งเพื่อนฝูงและสังคม ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น

12.1 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

12.2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

12.3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

13. คลินิกเบาหวาน

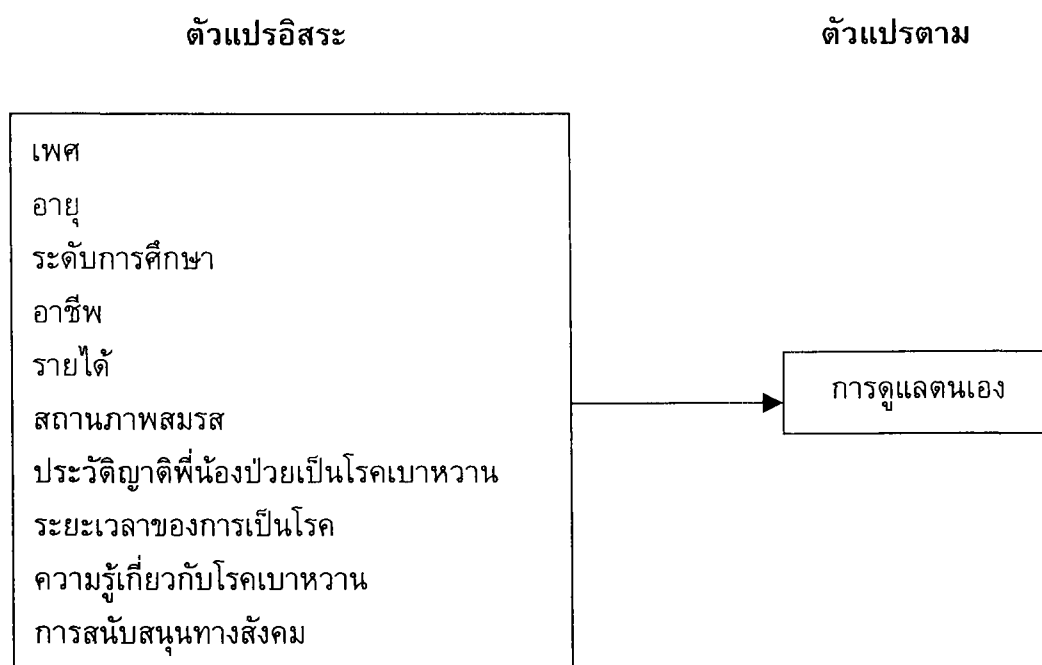
หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเบาหวานของโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเปิดให้บริการในวันอังคาร วันพุธ และวันพฤหัสบดี เวลา 08.00 น.-12.00 น. ของทุกสัปดาห์

14. โรงพยาบาลปทุมธานี

หมายถึง สถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ตั้งอยู่ที่ ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน

8. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน

9. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน

10. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 1.1.1 ความหมายของการดูแลตนเอง
 - 1.1.2 แนวคิดหลักของทฤษฎีการดูแลตนเอง
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 1.2.1 ความหมายของโรคเบาหวาน
 - 1.2.2 การจำแนกชนิดของโรคเบาหวาน
 - 1.2.3 สาเหตุของโรคเบาหวาน
 - 1.2.4 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน
 - 1.2.5 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
 - 1.2.6 ตัวชี้วัดในการดูแลรักษาเบาหวาน
 - 1.2.7 การรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน
- 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 1.3.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม
 - 1.3.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
 - 1.3.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
 - 1.3.4 การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของมนุษย์

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
- 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองได้รับความสนใจและยอมรับว่ามีบทบาทสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชน เพราะการดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบต่อตนเอง และเผชิญปัญหาด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ ดังนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540 – 2544) สาขาที่ 6 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข ซึ่งได้มีนโยบายในเรื่องการดูแลตนเองอย่างชัดเจน จึงได้กระตุ้นสนับสนุน และสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม กระตุ้นให้ประชาชนเปลี่ยนจากการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์มาเป็นการพึ่งตนเอง และปัจจุบันนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้นระบบบริการสุขภาพนั้น จึงเปลี่ยนลักษณะของการบริการด้านการรักษาพยาบาลมาเน้นการดูแลตนเองมากขึ้น ประกอบกับประชาชนเริ่มมองว่าการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียวมีส่วนที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้น้อย การมีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ประชาชนมีการศึกษา มีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อต่าง ๆ มากขึ้น ค่ารักษาพยาบาลแพงขึ้น ประชาชนเริ่มมองเห็นสิทธิของตนเองมากขึ้นปกป้องสิทธิขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ และชีวิตของตนเอง ประชาชนมีส่วนในการควบคุมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

ความหมายของการดูแลตนเอง

เลวิน (Levin. 1976 : 34) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น และการรักษาเบื้องต้นในระดับที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ

โอเร็ม (Orem. 1985 : 34) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จงใจกระทำ (Deliberate action) และมีจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง ดังนี้

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงการรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้น

5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

เพ็นเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในการดำรง หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัว มีความคิดริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึง สิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามการดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งทางการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค รวมทั้งการใช้ยาและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10)

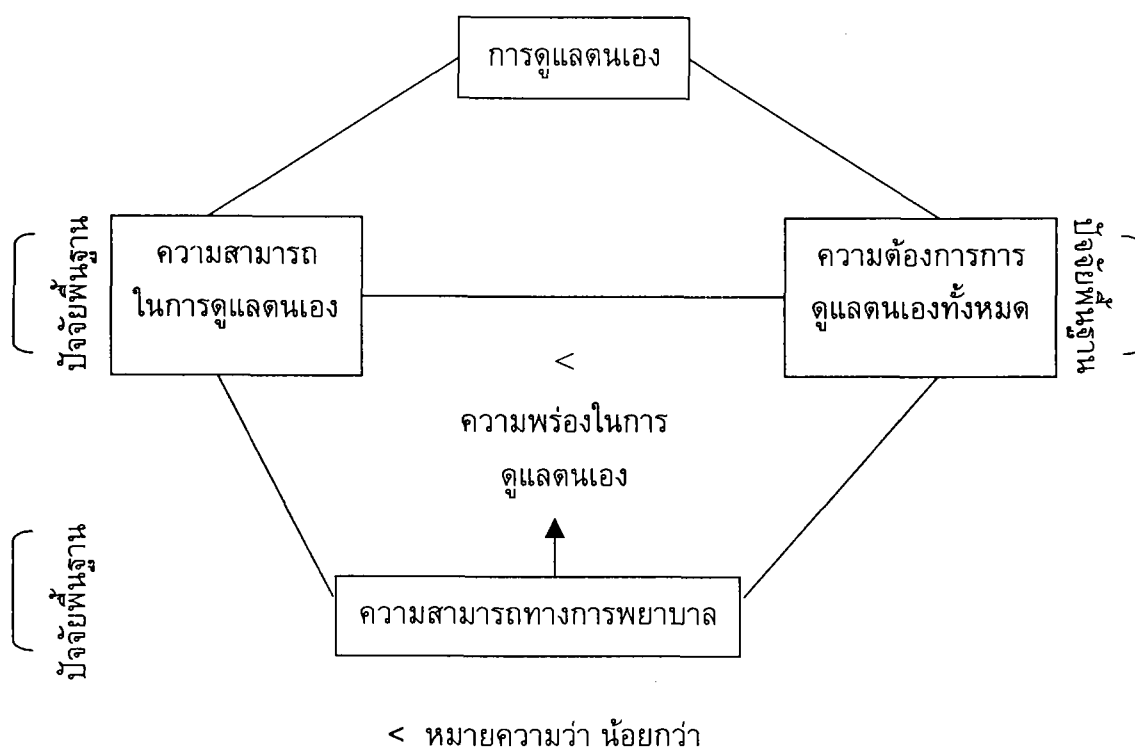
ชนินทร์ เจริญกุล (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11) การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานที่ครอบคลุมถึงการทำนุบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตนเอง และการปฏิบัติตามผล หลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นได้อย่างมีแบบแผนตายตัว

สมทรง รัชเฝ้า (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10 - 11) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งบุคคลได้คิดตัดสินใจ และกระทำด้วยตนเอง ในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลในด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

โอเร็ม (Orem) เป็นที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการแพทย์ที่มหาวิทยาลัย แคนซอลิค ประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาทางการพยาบาลเป็นคนแรก ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม

(Orem. 1985 : 44) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self – care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self – care) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มนี้ได้นำมาใช้และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมแพร่หลายมากทฤษฎีหนึ่ง ถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 20) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (Orem. 1991 : 64)



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self – care theory)

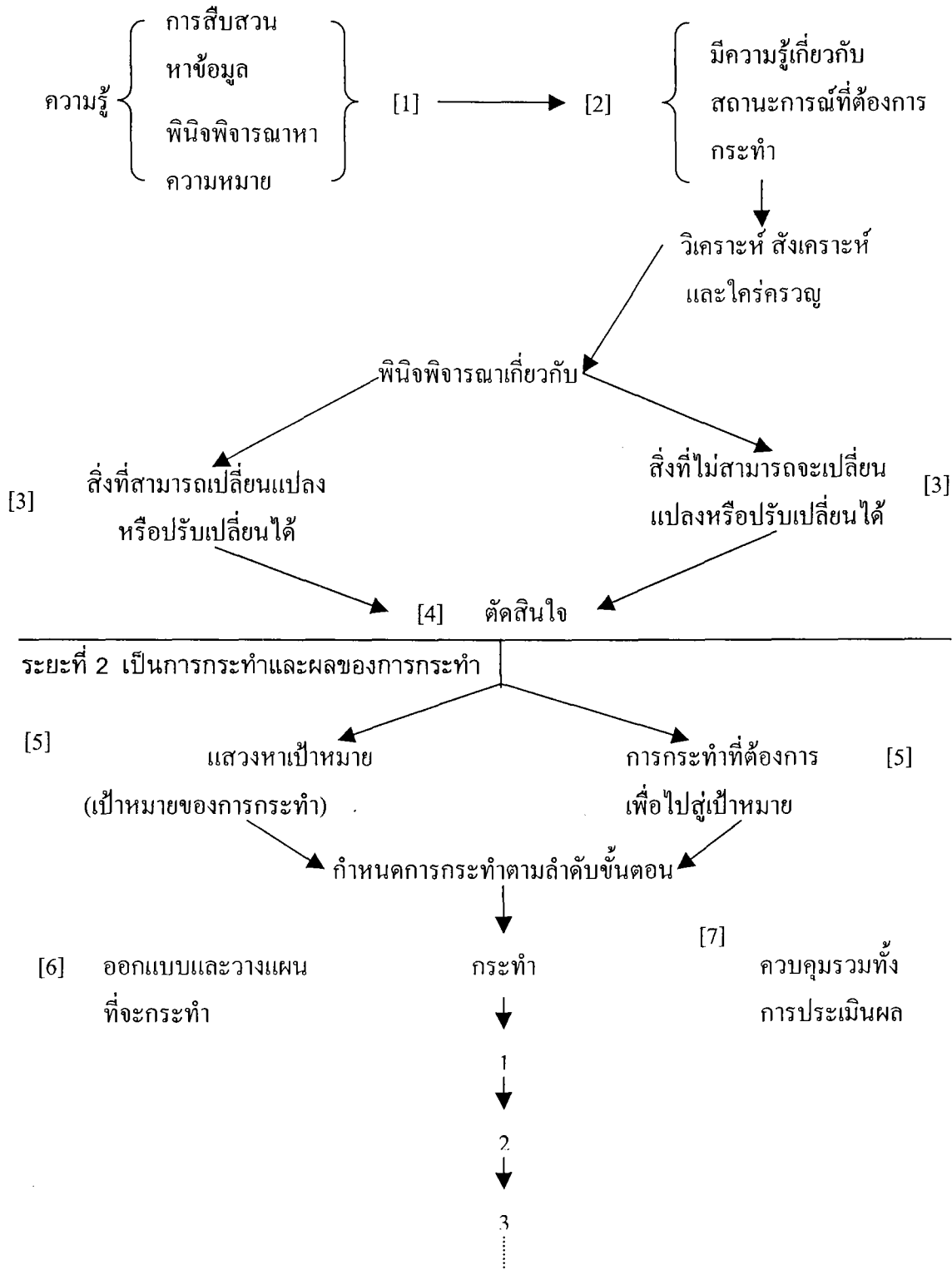
ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณา และการตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และเห็นด้วยว่าสิ่งกระทำนั้นเหมาะสมกับเหตุการณ์นั้นๆ ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้สึกก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้

เกี่ยวกับเหตุการณ์ ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายกับเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่า กระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือ มีใครจะช่วยให้บ้าง รายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 24)

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 3 ระยะของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพได้ เรียกว่า Therapeutic self – care จะก่อให้เกิดผลแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสมรรถภาพและความผาสุกของบุคคล

ความต้องการดูแลตนเอง (Self – care demand)

ความต้องการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – care requisits) 3 ด้าน คือ

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินใจจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดให้มีการขยับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขยับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการละลายสิ่งปฏิกลจากการขยับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะดวกถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้ และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียม ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อนบ้าน ทั้งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.4.4 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.4.5 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.4.6 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.4.7 หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.4.8 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.5 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

1.5.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นตัวของตนเอง

1.5.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาของตนเอง

1.5.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health promotion and preventions)

1.5.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือ บิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้ สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการ เพื่อบรรเทาเบาบาง

อารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ กลายเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่น เพื่อป้องกันสิ่งเสียหยาทั้งหลาย หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลดีต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้จึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดการเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการมีอาการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้ สนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพัฒนาตนเองและบุคคลอื่น
- 3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้บุคคล จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัย ภาวะบกพร่องของการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 กรอบแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเริ่ม

กรอบแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเริ่ม		
ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามการพัฒนาการ	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ
• อากาศ น้ำ และอาหาร • การมีกิจกรรมและการพักผ่อน • ความสันโดษและการเข้าสังคม • การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ • การดำรงชีวิตอย่างปกติสุข	• ดำรงรักษาสภาวะการณ์ที่จะสนับสนุนกระบวนการชีวิตในแต่ละระยะของการพัฒนาการ • ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการและวุฒิภาวะในแต่ละระยะของการพัฒนาการ • ป้องกันอันตรายและ / หรือ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสังคมของบุคคล เช่น ในบุคคลที่ไร้การศึกษา อันธพาล และคนยากจนเป็นต้น	• แสวงหาการรักษาโรคที่เหมาะสม • การตระหนักรู้ถึงอิทธิพลและผลของพยาธิสภาพต่อชีวิตและร่างกายของตนเอง • การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ • การตระหนักรู้ และดูแลตนเองในการป้องกันความไม่สุขสบาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้อง • ปรับอัตมโนทัศน์ของตนเองได้เพื่อการยอมรับในภาวะโรคนั้น ๆ • สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามความจำกัดของโรค พยาธิสภาพ และการรักษาได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ

ที่มา : ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2542). การพยาบาลโรคเบาหวาน : 106

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองของบุคคล โอเร็ม (Orem. 1985 : 129) นอกจากนี้ยังได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายได้อย่างมีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติการ ความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 31 - 36)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self – care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรจะทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Production operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components)

พลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ เป็นตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ มีดังนี้ (Orem & Taylor. 1980 : 37 – 71)

2.1 ความสนใจ และเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจ และเอาใจใส่

2.2 ความสามารถที่ควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้สามารถจะค้นคว้าและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดแบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) และมีเป้าหมาย (Deliberate) โดยทั่วๆ ไปแบ่งออกเป็น

3.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทางสรีระและจิตวิทยา และเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5 นิสัยประจำตัว

3.2.6 ความตั้งใจ

3.2.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.2.8 ความหวังในตนเอง

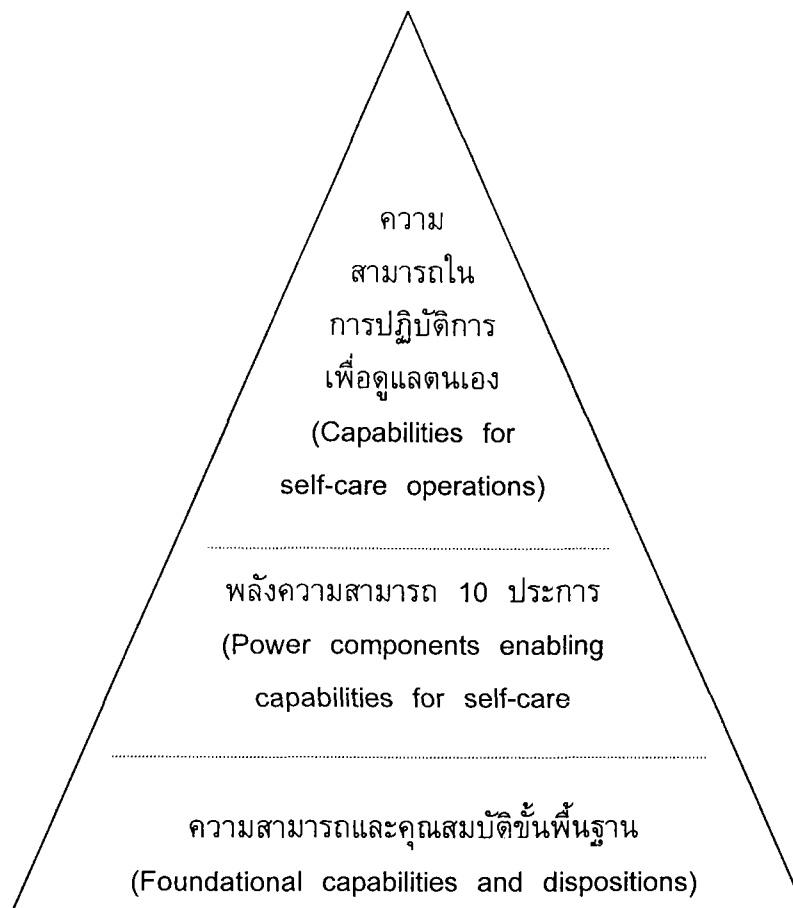
3.2.9 การยอมรับตนเอง

3.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ถ้าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถ

จะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (สมจิต หनुเจริญกุล. 2536 : 33)



ภาพประกอบ 4 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน

ปัจจัยพื้นฐาน เป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย (Orem. 1985 : 203)

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ลักษณะครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิต
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริหารสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

การดูแลตนเองเป็นสิ่งปกติสำหรับมนุษย์ที่ต้องเรียนรู้ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร และเป็นการปฏิบัติโดยเจตนา โดยทั่วไปไม่อาจขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ หรือพัฒนาการ หรือภาวะสุขภาพของบุคคล การประเมินปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการดูแลตนเอง และความสามารถในการพัฒนาการดูแลตนเองของทั้งหมด

ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Orem. 1991 : 136)

เพศกับการดูแลตนเอง

ลักการีเนนและเฮ็นตินเนน (Lakkarinen & Hentinen. 1997 : 295 – 304) ได้ศึกษาถึง การดูแลตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์น้อย กลาสโดว์และคนอื่นๆ (Glasgrow and others. 1987 : 399 – 412) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เพศชายมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการคำนวณแคลอรีของอาหารที่รับประทานได้ดีกว่าเพศหญิง สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 102) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์ (2535 : 93) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนจิรภา หงษ์ตระกูล (2538 : 53 - 54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

อายุกับการดูแลตนเอง

อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ ที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย (Orem, 1980 : 154) และอายุมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในวัยทารก และวัยเด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือในการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อเด็กมีการเจริญเติบโตมากขึ้น จะสามารถเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 51) เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 71) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มีอายุมาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี

ระดับการศึกษากับการดูแลตนเอง

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพ และการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับ การสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem, 1985 : 108 -109) การศึกษาของคาสส์ และคอบบี้ (Kasi & Cobb, 1966 : 250-251) ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำ สूरिय จันทรโมลี (2535 : 136 -152) ได้ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ การปฏิบัติ และความเชื่อมั่น ในความสามารถดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลตนเอง กล่าวคือผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติดีกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

อาชีพกับการดูแลตนเอง

กอบแก้ว คุตตวัธ (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพมีงานประจำมีการดูแลตนเองด้านการรักษาม่าเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของ

ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน คือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่นๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล (2538 : 88) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รายได้กับการดูแลตนเอง

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 161 – 162) กล่าวว่า ฐานะของเศรษฐกิจทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโดยที่ผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมดูแลตนเอง จากการศึกษาของเพนเดอร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจทางสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง คาสส์และคอบบ์ (Kasi & Cobb. 1966 : 250 – 251) ศึกษาผู้มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเกคินี ไชนิล (2536 : 76) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรสกับการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตคน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อรวมถึงการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต อับบอร์ต และคนอื่นๆ (Hubbard and others. 1984 : 266 – 269) ได้ศึกษาพบว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าคนโสด จีรนุช สมโชค (2540 : 72) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดี ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ไศภาพรรณ วิมลรัตน์ (2537 : 264 – 265) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และอยู่กับคู่สมรส มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด และเป็นหม้าย หย่าร้าง แยกกัน ต่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ก็มีผลการศึกษาที่แตกต่างจากที่กล่าวมาข้างต้น เช่น การศึกษาของสิรินทร ศาสตราภรณ์ (2538 : 61) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับ

สุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 99) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระยะเวลาของการเป็นโรคกับการดูแลตนเอง

ระยะเวลาของการเป็นโรค นับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพราะธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้ ปรับตัวโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องเผชิญปัญหาซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยและหาวิถีเผชิญความเครียดเพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่า เกียรติภูมิของตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 139) จากการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2536 : 53 - 54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนน้อยมิจิตต์ สกุลพันธ์ (2539 : 93) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ จิรนุช สมโชค (2540 : 76) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า มีระยะเวลาของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตคือ ผู้ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ส่วนผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่นานมีคุณภาพชีวิตดี

การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวดูดซึมความเครียด บุคคลที่มีความเครียดสูงและมีการสนับสนุนทางสังคม จะมีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่ดึกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม คอบบ์ (Cobb. 1976 : 306 – 313) จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : ก – ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและพบตัวทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด สอดคล้องกับ ฮับบาร์ดและคนอื่นๆ (Hubbard and others. 1984 : 266 - 268) ส่วนผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536 : 100) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาพบว่า การมีแรงสนับสนุนจากภายนอก ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ระดับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองตามภาวะของสุขภาพอนามัย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (มุกดา สำนักกลาง. 2534 : 23-36)

1. การดูแลตนเองในระยะเวลาที่สุขภาพปกติ เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ ให้ตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย
2. การดูแลตนเองในระยะเวลาที่สุขภาพเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย บุคคลในภาวะเสี่ยง (Risky state) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ได้แก่ บุคคลระยะเริ่มป่วย บุคคลที่เป็นโรคเรื้อรัง พิกการ เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย รวมทั้งบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขอนามัย
3. การดูแลตนเองในระยะเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นระยะที่บุคคลประเมินตนเองว่าเจ็บป่วยและมีอาการบ่งชี้ของสุขภาพ และหากไม่มีการดูแลตนเองแล้ว อาจนำไปสู่อาการหรือโรคร้ายแรงได้ ทั้งนี้โดยยังไม่มีประวัติวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน
4. ในระยะเจ็บป่วยรุนแรง เรื้อรัง หรือความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หมายถึง ความเจ็บป่วยที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้ความเจ็บป่วยชัดเจนที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และจากการวินิจฉัยของแพทย์

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ฐานะของเศรษฐกิจและบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอันมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยนอกจากจะลดภาวะที่มีต่อครอบครัวและสังคมแล้ว ยังเป็นการเพิ่มคุณค่าชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตได้
2. ควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง

ดังนั้นในการรักษาโรคเบาหวาน คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบตนเองให้มากที่สุด เพื่อดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขแม้จะเป็นโรค การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นถือเป็นเรื่องสำคัญยิ่งในการที่จะป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประยุกต์จากแนวความคิดของ โอเร็มมีดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการทำหน้าที่อย่างอิสระครอบคลุมกิจกรรมเกี่ยวกับความต้องการและการใช้ออกซิเจนของร่างกาย การคงไว้ซึ่งอาหารที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการออกกำลังกายและการพักผ่อน ตลอดจนการป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิการ

- 1.1 ความต้องการและการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความสามารถในการปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงจะต่ำลง เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายจึงขาดออกซิเจนและเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงซึ่งเป็น

สาเหตุให้เกิด โรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบตัน หรือเนื้อเน่าตาย (Gangrene) ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของร่างกาย อันเป็นสาเหตุของโรคดังกล่าว

1.2 การคงไว้ซึ่งอาหาร น้ำที่เพียงพอ ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและหยุดยั้งความรุนแรงของโรค โดยจะต้องรับประทานอาหารที่มีจำนวนและสัดส่วนเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ถูกต้องกับภาวะของโรคเบาหวาน และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลให้น้อย รับประทานผัก ผลไม้ที่มีรสไม่หวาน เช่น ฝรั่งให้มากขึ้น รวมทั้งเครื่องดื่ม ควรดื่มเฉพาะน้ำเปล่าหรือน้ำชาจีนเท่านั้น และไม่ควรดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน รวมทั้งหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและเบียร์ตลอดจนเครื่องดื่มชูกำลังทั้งหลาย

1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ การขาดน้ำเป็นอาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเกิดจากการถ่ายปัสสาวะมาก เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจนเกินขีดความจำกัดของไต ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงมีการดื่มน้ำมากเพื่อชดเชยกับภาวะการขาดน้ำดังกล่าว การดื่มน้ำมากๆ และการออกกำลังกายจะช่วยให้มีการขับถ่ายและการระบายได้ดีขึ้น

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการออกกำลังกายและการพักผ่อน การออกกำลังกายจัดว่าเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งนอกจากจะช่วยเสริมสุขภาพของร่างกายและจิตใจแล้ว ยังจะช่วยลดระดับน้ำตาลและไขมันในเส้นเลือดอีกด้วย เมื่อเริ่มฝึกฝนการออกกำลังกายควรทำสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งเป็นอย่างน้อย โดยทำแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 30 นาที ผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคแทรกซ้อนควรเริ่มครั้งละ 5-10 นาทีเท่านั้น แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น สำหรับการพักผ่อน ควรทำจิตใจให้สบายปราศจากความวิตกกังวล ควรนอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ การป้องกันการติดเชื้อการตีบแคบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่เท้าทำให้เลือดไหลมาน้อยลง ซึ่งเกิดร่วมกับอาการเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เกิดการเน่าตายของนิ้วเท้าหรือส่วนของเท้า (Gangrene) ได้ อาจลุกลามจนต้องตัดขา โรคติดเชื้อจะลุกลามได้ง่ายจึงควรระวังอย่าให้เล็บขบเพราะอาจลุกลามเป็นแผลเน่าและไม่ควรตัดหนังแข็งๆ หรือซื้อยามากัดตาปลา เพราะอาจเกิดอันตรายได้

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้

สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในผู้ป่วยโรคเบาหวานในที่นี้ หมายถึง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอาการเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย จากปัญหาความตึงเครียดด้านอารมณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานจนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นจะต้องหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุ และการแก้ปัญหาบางอย่างอย่างมีเหตุผล การระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง การทำสมาธิ สวดมนต์ การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือหาวิธีอื่นๆ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลลง

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดเนื่องจากโครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ ซึ่งการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในที่นี้หมายถึง ปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันผลข้างเคียงจากการรักษา โดยที่ผู้ป่วยทุกคนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองและสามารถถามปัญหาหรือข้อข้องใจในการปฏิบัติตน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความหมายของเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นชื่อของกลุ่มอาการของโรคซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติเนื่องจากขาดอินซูลิน หรือมีอินซูลินที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อความต้องการตามปกติของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเกินขีดจำกัดที่ไตจะสามารถกักเก็บเอาไว้ได้ จึงถูกขับถ่ายออกมาทางปัสสาวะ เมื่อร่างกายขาดพลังงานจากน้ำตาล จึงเปลี่ยนมาใช้โปรตีนและไขมัน ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในการใช้โปรตีนและไขมันตามมาด้วย เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา (สมณศา เสรีรัตน์. 2539 : 1)

การจำแนกชนิดของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลกได้จำแนกชนิดของโรคเบาหวาน ดังต่อไปนี้ (บุญทิพย์ สิริรังศรี. 2538 : 11-13 ; อ้างอิงจาก WHO Expert Committee on Diabetes Mellitus. 1985 : 27)

1. แบ่งตามลักษณะทางคลินิก (Clinical Classes)

1.1 กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน

1.1.1 ประเภทพึ่งพาอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes : IDDM) หรือ Diabetes type I ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานในเด็ก (Juvenile onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากเบต้าเซลล์ (Beta cell) ในตับอ่อนมีจำนวนน้อยหรือเกือบไม่มีเลยทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลิน (Insulin) ได้ พบในเด็กหรือวัยรุ่นใหญ่ที่อายุ ไม่เกิน 40 ปี

พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อาการของโรคจะเกิดขึ้น กระทั่งหนักและรุนแรง ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และจำเป็น ต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน (Insulin) ทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic ketoacidosis)

1.1.2 ประเภทไม่พึ่งพาอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM) หรือ Diabetes type II ซึ่งเดิมเรียกว่า โรคเบาหวานในผู้ใหญ่ (Maturity onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้พบในผู้ใหญ่ที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไปพบใน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย เกิดจากเบต้าเซลล์ (Beta cell) ในตับอ่อนยังสามารถสร้างอินซูลิน (Insulin) ได้เพียงพอหรือมากกว่าปกติ แต่จะออกฤทธิ์ได้น้อยกว่าปกติหรือทำงานบกพร่อง โดยเฉพาะในคนอ้วนเนื่องจากอินซูลินรีเซปเตอร์ (Insulin receptor) บนผนังเซลล์ในกล้ามเนื้อ และผนังเซลล์ไขมันของคนอ้วนมีน้อยลง อาการของโรคเบาหวานชนิดนี้มีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการจนถึงขั้นรุนแรง ส่วนการรักษาก็ไม่จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน (Insulin) เพราะสามารถควบคุมได้ด้วยการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน หรือการควบคุมอาหารร่วมกับการดูแลสุขภาพตนเอง

1.2 กลุ่มที่มีความทนต่อกลูโคสเสื่อม (Impaired Glucose Tolerance : IGI) กลุ่มนี้ยังไม่จัดว่าเป็นโรคเบาหวานและยังไม่มีอาการของโรคเบาหวาน เพียงแต่ค่าความทนต่อกลูโคสผิดปกติเป็นครั้งคราว พบได้ทั้งในผู้สูงอายุและผู้ที่ยาอดการออกกำลังกายเป็นเวลานาน ซึ่งในบางรายเมื่อผ่านภาวะความทนต่อกลูโคสเสื่อมแล้ว อาจเปลี่ยนเป็นโรคเบาหวานได้

1.3 โรคเบาหวานในหญิงมีครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus : GDM) ในระยะตั้งครรภ์อาจพบว่ามียกระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติหรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายพบว่า หญิงมีครรภ์บ่อยๆ มักพบเป็นโรคเบาหวานได้ง่าย เพราะการตั้งครรภ์แต่ละครั้งต้องอาศัยฮอร์โมนซึ่งช่วยในการเจริญเติบโตของทารก ฮอร์โมนเหล่านี้มีฤทธิ์ต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Insulin) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2. แบ่งตามสถิติที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Statistical risk classes)

2.1 ผู้ที่เคยทนต่อกลูโคสผิดปกติมาก่อน (Previous Abnormality of Glucose Tolerance : Prev. AGT.) บุคคลกลุ่มนี้ปัจจุบันมีความทนต่อกลูโคสปกติพบได้ในคนอ้วนที่ลดน้ำหนักและหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด

2.2 ผู้มีแนวโน้มที่จะมีความทนต่อกลูโคสผิดปกติ (Potential Abnormality of Glucose Tolerance : Pot. AGT.)

2.2.1 กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานประเภทพึ่งพาอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus : IDDM) ได้แก่ บุคคลที่มีภูมิคุ้มกันต่อต้านเซลล์ตนเอง (Autoimmune) กล่าวคือ มีความแปรปรวนของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายสร้างสารต่อต้าน

ขึ้นมาต่อต้านกับไอเล็ทเซลล์ (Islet cell) ของตนเอง ผลที่เกิดขึ้นทำให้มีการอักเสบและการทำลายเซลล์เหล่านี้ไปจนหมดสิ้น ทำให้ร่างกายขาดอินซูลิน (Insulin) จึงเกิดโรคเบาหวานขึ้น

2.2.2 กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานประเภทไม่พึ่งพาอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM) ได้แก่ บุคคลที่พันธุกรรมเป็นโรคเบาหวานโดยเฉพาะคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกันพบได้เกือบร้อยละ 100 ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ความอ้วน

สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อย หรือไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ ในการทำงานได้อย่างเต็มที่ โดยมีสาเหตุดังนี้ (วลัย อินทรมพรรย์. 2528 : 17-23 ; บุญทิพย์ สิริรังศรี. 2538 : 8-10 ; สมณทา เสรีรัตน์. 2538 : 9-11)

1. สาเหตุจากพันธุกรรม

พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ทั้งประเภทพึ่งพาอินซูลินและไม่พึ่งพาอินซูลิน ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1.1 พันธุกรรมในโรคเบาหวานประเภทพึ่งพาอินซูลินมีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human Leukocyte Antigen : HLA) คือ ทำให้มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อนภายหลังการติดเชื้อซึ่งมีผลให้เบต้าเซลล์ (Beta cell) ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถสร้างอินซูลิน (Insulin) ได้

1.2 พันธุกรรมในโรคเบาหวานประเภทไม่พึ่งพาอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human leukocyte antigen) แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วนและอายุที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาเบาหวานประเภทไม่พึ่งพาอินซูลินพบโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในครอบครัว รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 2

ตาราง 2 โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในครอบครัว

ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยง	พ่อหรือแม่	พ่อและแม่	พี่น้อง 1 คน	พี่น้องมากกว่า 1 คน	โอกาสเสี่ยงร้อยละ
ลูก	+	-	-	-	5
ลูก	-	+	-	-	10-15
ลูก	+	-	+	-	10
พี่น้อง	-	-	+	-	5
พี่น้อง	+	-	+	-	10
พี่น้อง	-	+	+	-	20
พี่น้อง	-	-	-	+	10

หมายเหตุ + เป็นโรคเบาหวาน
- ไม่เป็นโรคเบาหวาน

ที่มา : สาธิต วรรณแสง. (2533). โรคเบาหวานและการรักษา : 8

2. สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่พันธุกรรม

2.1 เชื้อไวรัส เชื้อไวรัสบางชนิดทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและทำลายเบต้าเซลล์ (Beta cell) ทำให้เกิดโรคเบาหวานขึ้น ได้แก่ เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคคางทูม เชื้อรูเบลลา (Rubella) ที่ทำให้เกิดโรคหัดเยอรมัน (German measles) และเชื้อไวรัสค็อกแซกกี (Coxsackie) ที่ทำให้เกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

2.2 โรคอ้วน ในคนอ้วนมักมีระดับอินซูลิน (Insulin) ในเลือดสูง แต่จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ (Insulin receptor) ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้อินซูลิน (Insulin) ออกฤทธิ์ไม่ได้ เป็นผลให้เบต้าเซลล์ (Beta cell) ต้องทำงานมากเพื่อผลิตอินซูลิน (Insulin) ให้มากขึ้น จนในที่สุดเบต้าเซลล์ (Beta cell) เสื่อมสมรรถภาพลงไม่สามารถผลิตอินซูลิน (Insulin) ได้เพียงพอ จึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน

2.3 ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน โรคเบาหวานอาจเกิดจากฮอร์โมน (Hormone) บางชนิดมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน (Insulin) เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ได้แก่

โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) และแคทีโคลามีน (Catecholamine)

2.4 ความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน เกิดจากเบต้าเซลล์ (Beta cell) ทำงานน้อยลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นผลให้หลังอินซูลิน (Insulin) ได้ลดลง จึงทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2.5 จำนวนเบต้าเซลล์ (Beta cell) น้อย ซึ่งมีสาเหตุจาก

2.5.1 การขาดโปรตีนอย่างรุนแรง ทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นผลให้เบต้าเซลล์ (Beta cell) ถูกทำลาย

2.5.2 การดื่มสุราเป็นประจำ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคขาดโปรตีนและแคลอรีซึ่งทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและเบต้าเซลล์ (Beta cell) ถูกทำลายลง

2.5.3 การตัดตับอ่อนออก ทำให้จำนวนเบต้าเซลล์ (Beta cell) ลดลงหรือไม่มีเบต้าเซลล์ (Beta cell) จึงเกิดโรคเบาหวานขึ้น

2.5.4 การสร้างสารต่อต้านไอเล็ทเซลล์ (Islet cell) ของร่างกาย ทำให้เบต้าเซลล์ (Beta cell) ถูกทำลาย จึงเกิดอาการของโรคเบาหวาน

2.6 โรคของตับ ได้แก่ ตับแข็ง ตับอักเสบเนื่องจากเชื้อไวรัส หรือโรคพยาธิใบไม้ในตับจนทำให้เนื้อตับเสียไป เป็นผลให้ตับเสียหายที่คือไม่สามารถเก็บกลูโคส (Glucose) ไว้ในรูปของไกลโคเจน (Glycogen) ได้ จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

2.7 ความเครียด ในภาวะที่ร่างกายมีความเครียดฮอร์โมนแคทีโคลามีน (Catecholamine hormone) จะถูกหลั่งออกมามากขึ้น ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

2.8 ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เนื้อเยื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออินซูลิน (Insulin) ไม่ดีเท่าที่ควร จึงมีอาการของโรคเบาหวานเกิดขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

การที่มีน้ำตาลในเลือดสูง และร่วออกทางปัสสาวะ จะทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้ (เทพพล เกษมรัตน์. 2535 : 13-14)

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมากและบ่อย (Polyuria) เนื่องจากน้ำตาลที่ไตไม่สามารถดูดซึมกลับได้หมดและล้นผ่านไตออกมาที่มีความเข้มข้นสูง จึงดึงเอาน้ำซึ่งเป็นตัวทำละลายน้ำตาลออกมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะครั้งละมากๆ

2. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการเสียน้ำไปทางปัสสาวะมาก จึงเกิดภาวะขาดน้ำ เป็นผลให้รู้สึกกระหายน้ำและดื่มน้ำมากขึ้นเพื่อชดเชยน้ำที่สูญเสียไป

3. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากที่ร่างกายขาดอินซูลิน (Insulin) และใช้กลูโคส (Glucose) เป็นพลังงานไม่ได้ จึงทำให้อ่อนเพลีย หิวบ่อยและรับประทานอาหารมากขึ้น

4. น้ำหนักลด (Weight loss) เนื่องจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคส (Glucose) ไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายไขมัน (Fat) และโปรตีน (Protein) ที่เก็บสะสมไว้มากำใช้เป็นพลังงานทดแทน ทำให้กล้ามเนื้อฝ่อลีบและร่างกายซูบผอมลงอย่างรวดเร็ว

5. เป็นแผลและฝีง่ายแต่หายยาก เนื่องจากการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง ผู้ป่วยมักมีอาการคันและเมื่อเกาผิวหนังก็จะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลและลุกลามได้รวดเร็วเพราะความต้านทานต่ำ และเชื้อโรคเติบโตได้ดีจากการที่มีน้ำตาลในเลือดสูง

6. ซาตามปลายมือปลายเท้าและปวดกล้ามเนื้อ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จึงมีการอักเสบของปลายประสาทไขสันหลังซึ่งมีหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อของแขนขา รวมทั้งความรู้สึกไปสู่มอง ดังนั้นเมื่อเกิดการอักเสบจึงทำให้การส่งและรับความรู้สึกเสียไป

7. ความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องมาจากปลายประสาทอักเสบและการไหลเวียนของโลหิตไม่ดี จึงทำให้มีผลต่อการแข็งตัวขององคชาติ

8. บางรายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ตาฝ้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

อาการและอันตรายส่วนใหญ่ของโรคเบาหวานเกิดจากโรคแทรกซ้อน ซึ่งแบ่งได้ดังนี้ (สมณชา เสรีรัตน์. 2539 : 151)

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง ได้แก่

1.1 การติดเชื้อ (Infections) ผู้ป่วยเบาหวานมีโรคติดเชื้อเกิดขึ้นง่าย แม้ว่าจะเป็นเพียงเชื้อโรคที่ติดอยู่ตามผิวหนังของตนเองก็ตาม ทั้งนี้เพราะระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ไม่ได้เต็มที่อย่างปกติ การติดเชื้อทางผิวหนังในผู้ที่เป็นเบาหวาน จำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที มิฉะนั้นจะลุกลามรวดเร็วจนกลายเป็นฝีได้เช่นฝีฝีกั้ว มักพบบริเวณต้นคอ รักแร้ และบริเวณก้น (สมณชา เสรีรัตน์. 2539 : 15) การอักเสบที่เท้า อาจเป็นที่นิ้วเท้า สันเท้าหรือที่ฝ่าเท้าหลุดเลือดอาจถูกทำลาย หรือถูกบีบรัดจากอาการที่บวมของเนื้อเยื่อบริเวณที่อักเสบทำให้ส่วนนั้นขาดเลือด ทำให้เกิดเป็นแผลเน่าเนื้อตาย ระบบอื่นที่มักมีการติดเชื้อ ได้แก่ ระบบขับถ่ายปัสสาวะ พบได้บ่อย 2-3 เท่าของคนปกติ การติดเชื้อระบบหายใจ เป็นต้น (สุนทร ดัชนีพันธ์. 2532 : 27)

1.2 ภาวะที่น้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งจะก่อให้เกิดอาการรุนแรงถึงหมดสติได้ เกิดขึ้นได้จากชนิดต่างๆ ได้แก่ มีภาวะเป็นกรด ที่เรียกว่า คีโตแอซิโดซิส (Ketoacidosis) เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายใช้น้ำตาลไม่ได้ จึงมาใช้ไขมันแทน ทำให้เกิดการที่มีภาวะเป็นกรดและคั่งค้างมากในร่างกายทำให้ผู้ป่วยหมดสติ หรือเกิดจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีภาวะกรด (Hyperglycemic hyperosmolar non-ketotic coma) มักเกิดในผู้สูงอายุ ในเลือดที่มีน้ำตาล

กลูโคสมากและมีความเข้มข้นสูงผู้ป่วยอาจมีอัมพาตครึ่งซีกหรือซีกกระตุกได้ และมีภาวะเป็นกรดชนิดแลคติกแอซิดโตซิส (Lactic acidotic coma) มักเกิดร่วมกับอาการช็อค พบบ่อยในรายที่มีโรคตับหรือไตพิการร่วมด้วย ให้การขับกรดแลคติกออกจากเลือดได้ไม่ดีเท่าคนปกติ

1.3 การหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemic coma) เกิดจากการฉีดอินซูลินมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายมากเกินไปทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลมากขึ้น ส่งผลให้น้ำตาลลดลง หรือได้รับยาขนาดปกติแต่รับประทานอาหารน้อยหรือช้าเกินไป ทำให้เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้

2. โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic complications) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้าๆ หลังจากผู้ป่วยเป็นเบาหวานและไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับคนปกติเป็นระยะเวลานาน (สมณชา เสรีรัตน์. 2539 : 24) เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของหลอดเลือดเล็กๆ (Microvascular) และหลอดเลือดโต (Macrovascular) ซึ่งจะนำไปสู่พยาธิสภาพเรื้อรังและถึงตายได้

2.1 โรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยเบาหวานพบได้ประมาณ 2 เท่า ของคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานจะพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเวลาต่อมาผู้ป่วยที่มีทั้งภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานด้วยจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่สูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเล็กๆ ผู้ป่วยเบาหวานมีอินซูลินมากในร่างกายโดยกลไกเกิดขึ้นที่ท่อไต ทำให้มีการคั่งของเกลือโซเดียมเพิ่มปริมาณของเลือดขึ้น และอินซูลินยังกระตุ้นฮอร์โมนแอดรีนาลีนด้วยและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเองทำให้เพิ่มปริมาตรของเลือดเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดใหญ่ ทำให้มีอาการของโรคหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าเป็นที่หลอดเลือดสมองก็ทำให้เกิดอัมพาตหรือหมดสติได้ ถ้าหากไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะรุนแรงขึ้น

2.3 โรคไต เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเล็กของไตโดยมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหน่วยกรองปัสสาวะของไต เมื่อเกิดไตวายในระยะสุดท้าย จะมีของเสียคั่งมาก ทำให้หมดสติได้ โดยมากผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลินจะเกิดโรคไตเมื่อเป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปี แต่อาจจะเกิดขึ้นได้ในเวลาอันสั้นหากการควบคุมเบาหวานไม่ดี

2.4 โรคของจอตา (เรตินา) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอตาทำให้เกิดตาบอดประมาณ 20 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน พยาธิสภาพเกิดขึ้นที่จอตา มีเลือดออกขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้จอตามองไม่เห็น อาจจะตาบอดเฉียบพลันได้หากมีเลือดออกในลูกตา ถ้าการควบคุมเบาหวานไม่ดี หรือเป็นเบาหวานมานานและมีความดันโลหิตสูงด้วย จะมีโอกาสเป็นโรคของจอตาได้เร็วขึ้นหรือมากขึ้น

2.5 โรคของประสาทส่วนปลาย เนื่องจากการมีน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เซลล์ประสาทเสื่อมลงทำให้การนำความรู้สึกลดลง มักเกิดเมื่อเป็นโรคเบาหวานมานาน เริ่มต้นอาจรู้สึกคล้ายเป็นเหน็บชาปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ปวดแสบปวดร้อน นอกจากนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดเล็กๆ ที่ไปเลี้ยงประสาททำให้เกิดการขาดออกซิเจน

ตัวชี้วัดในการดูแลรักษาเบาหวาน

ตัวชี้วัดในการดูแลรักษาเบาหวานได้ผลเป็นที่น่าพอใจหรือไม่ มิใช่เพียงการวัดระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น เนื่องจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึมอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขมันและความผิดปกติทางสรีระบางอย่าง เช่น ความอ้วน ความดันโลหิต ดังนั้นสิ่งชี้วัดพื้นฐานที่จำเป็นประกอบด้วย (วรรณิ นิธิยานันท์. 2539 : 2-4)

1. น้ำหนักตัว ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรมีน้ำหนักตัวปกติ คืออยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ไม่มากหรือน้อยเกินไป ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งพาอินซูลิน (NIDDM) มีความโน้มเอียงที่จะมีภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ยากต่อการรักษาควบคุมน้ำตาลให้ปกติ

2. ความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวและการดื้อยาต่ออินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน ในผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยาลดความดันโลหิตอาจมีผลต่อเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตหรือไขมันทำให้เลวลง นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงถ้าหากไม่ได้รับการควบคุมจะมีผลต่อการเกิดและการดำเนินของโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง

3. ระดับการควบคุมน้ำตาล การประเมินว่าเบาหวานควบคุมได้ดีเพียงใด คือ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาอาหารเช่นเดียวกับคนปกติ แต่อัตราและปริมาณการเปลี่ยนแปลงมักจะมากกว่า ดังนั้นระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละวันของผู้ป่วยจะไม่คงที่ จึงเป็นการยากที่จะประเมินผลการควบคุมและติดตามผลการรักษาเบาหวานในระยะเวลายาวโดยอาศัยระดับน้ำตาลในเลือด ในการปฏิบัติถือว่าระดับน้ำตาลในเลือดประเมินการควบคุมเบาหวานในขณะที่ตรวจเท่านั้น และใช้เป็นแนวทางที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการรักษาในช่วงเวลาถัดไป

การวัดระดับน้ำตาลในเส้นเลือดฝอย ในปัจจุบันการตรวจโดยวิธีนี้เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ว่า มีความแม่นยำและเชื่อถือได้สำหรับบ่งชี้การควบคุมระดับน้ำตาล

การวัดปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (Glycosylated hemoglobin) และ ฟรุคโตซามีน (Fructosamine) หรือ (Glycosylated protein) น้ำตาลในเลือดสัมผัสกับเม็ดเลือดแดงและโปรตีนตลอดเวลาซึ่งจะจับกับฮีโมโกลบินหรือโปรตีนในเลือดมากน้อยเป็นสัดส่วนกับความสูงต่ำของระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีอายุประมาณ 120 วัน ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะที่วัดได้จึงบ่งชี้ถึงระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 6-8 สัปดาห์ที่ผ่านมา ค่าฟรุคโตซามีนที่วัดได้บ่งชี้ถึงระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 7-10 วันที่ผ่านมา ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเมื่อ 4-6 สัปดาห์ก่อนหน้ามากกว่าระดับน้ำตาล

ขณะวัด การตรวจฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะทุก 2 เดือน จะประเมินผลการควบคุมเบาหวานในระยะยาวได้

สำหรับเกณฑ์การควบคุมระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ขึ้นกับค่าปกติของห้องปฏิบัติการแต่ละแห่ง ในการวิจัยครั้งนี้ ค่าปกติของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะมีค่าอยู่ในช่วง 4.3 – 5.8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีค่าเฉลี่ย 5.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.476 สามารถจำแนกระดับ การควบคุมน้ำตาลได้ดังนี้

ระดับดี	ระดับพอใช้	ต้องแก้ไข
<6.0	6.0-7.0	>7.0
(<mean+2SD)	(mean+2SD-mean+4SD)	(>mean+4SD)

4. ระดับการควบคุมไขมัน ตามปกติของระดับไขมันในผู้ป่วยเบาหวานมีได้หลายรูปแบบผู้ป่วยบางรายเมื่อควบคุมเบาหวานได้ดี ระดับไขมันจะเป็นปกติด้วย แต่ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการรักษาไขมันในเลือดสูงร่วมกับการรักษาเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากไขมันในเลือดสูงมีผลต่อการควบคุมเบาหวานและการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังทางหลอดเลือด

ผู้ป่วยแต่ละรายมีเป้าหมายการควบคุมเบาหวานที่ระดับแตกต่างกัน โดยทั่วไปผู้ที่อายุน้อยไม่มีโรคแทรกซ้อนทุกรายต้องตั้งเป้าหมายของการควบคุมไว้ในระดับดี ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับการควบคุมดีโดยสมบูรณ์จะต้องควบคุมได้ในเกณฑ์ที่กำหนดโดยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยสูงอายุการควบคุมตั้งเป้าหมายที่ระดับการควบคุมยอมรับได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้าย หรือมีโรคอื่นที่รุนแรงกว่าร่วมด้วย อาจตั้งเป้าหมายการควบคุมที่ระดับควบคุมพอใช้หรือควบคุมยอมรับได้

การรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน

หลักของการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่

(สมณธา เสรีรัตน์. 2539 : 55)

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การใช้ยา
 - ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล
 - ยานีตอินซูลิน
4. การดูแลรักษา

1. การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาโรคเบาหวาน จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงและช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ การรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลนั้น จำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอแม้จะได้รับการรักษาด้วยการกินยาหรือฉีดอินซูลินก็ตาม

หลักการกำหนดอาหารผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมโรคเบาหวานที่ถูกต้องนั้นจะควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยได้รับให้มีพลังงานเหมาะสมกับแรงงานที่ผู้ป่วยใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ

ปริมาณพลังงาน (Calaries) ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยจะขึ้นกับวัยขนาดของร่างกายและกิจกรรมของแต่ละบุคคล โดยขนาดของร่างกายคำนวณจากดัชนีมวลกายของร่างกายโดยมีสูตรดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกายของร่างกาย (Body Mass Index)} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{\text{ความสูงเป็นเมตร}^2}$$

ผู้ที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดัชนีมวลกายของร่างกายอยู่ระหว่าง 20-24.9 ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายของร่างกายต่ำกว่า 20 จัดว่าผอมและสูงกว่า 24.5 จัดว่าอ้วน

พลังงานที่ใช้ในกิจกรรมต่างๆ ประเภทของกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติความหนักหรือเบาเพื่อจะทราบว่าควรได้รับพลังงานตามปริมาณพลังงานที่ใช้ในกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละวัน

1.1 คาร์โบไฮเดรต ได้แก่อาหารจำพวกแป้งต่างๆ เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ วุ้นเส้น ขนมปัง เผือก มันและน้ำตาล อาหารจำพวกแป้ง ข้าว เป็นสารที่มีโมเลกุลใหญ่ ดูดซึมเข้ากระแสเลือดได้น้อยกว่าพวกน้ำตาล การศึกษาในระยะหลังพบว่าการรับประทานอาหาร คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนซึ่งได้แก่ ข้าว ขนมปัง ข้าวโพด กลับทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (วรรณ นิยานันท์. 2539 : 10) สมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนะให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ได้รับและควรมาจากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน คาร์โบไฮเดรตจำพวกน้ำตาลมีโมเลกุลเล็ก ดูดซึมได้เร็ว ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ไม่ควรรับประทานน้ำตาลในผลไม้ส่วนใหญ่เป็นน้ำตาลฟรุคโตสมีพวกวิตามินและใยพืชรวมอยู่ด้วย ควรรับประทานชนิดที่ไม่หวานจัด และรับประทานในจำนวนที่เหมาะสม (สุเมธนา เสรีรัตน์. 2539 : 55) ปัจจุบันได้มีการศึกษาดัชนีน้ำตาล (Glycemic index) ในอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดต่างๆ เพื่อเป็นตัวเปรียบเทียบผลของอาหารต่อระดับกลูโคสในกระแสเลือด ดัชนีน้ำตาลในคาร์โบไฮเดรต แต่ละชนิดไม่เหมือนกัน อาหารแต่ละชนิดทำให้น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นสูงมากน้อยต่างกัน คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนต่างชนิดกันซึ่งจัดอยู่ในรายการอาหารแลกเปลี่ยนเดียวกันมีดัชนีน้ำตาลต่างกัน วุ้นเส้น มีดัชนีน้ำตาล 45 เปอร์เซนต์ ข้าว 71 เปอร์เซนต์ ก๋วยเตี๋ยว 54 เปอร์เซนต์ ผลไม้ก็เช่น

เดียวกันแต่ละชนิดจะมีดัชนีน้ำตาลแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การรับประทานอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำสามารถลดระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ได้ และยังช่วยเพิ่มปริมาณของ HDL-C (วรรณ นิธิยานันท์. 2539 : 10)

1.2 ไขมัน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไขมัน มีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้อัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงควรได้รับไขมันร้อยละ 25.0 ของพลังงานที่ได้รับ (สมณฑา เสรีรัตน์ 2539 : 10) ไขมันมี 2 ชนิด คือไขมันอิ่มตัว ได้จากน้ำมันสัตว์ทุกชนิดและพืชบางอย่างเช่น น้ำมันมะพร้าว และ ไขมันไม่อิ่มตัว ได้จากพืช เช่น ถั่ว รำ ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรลดไขมันอิ่มตัวเพราะทำให้โคเลสเตอรอลสูงเป็นผลให้เกิดเส้นเลือดแข็ง ควรใช้ไขมันอิ่มตัวแทน โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันสัตว์ เนื้อมัน เครื่องในสัตว์ ไข่แดง

1.3 โปรตีน ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในวัยสูงอายุ จำเป็นต้องได้รับโปรตีนให้เพียงพอและควรได้จากไข่ นม เนื้อมันสัตว์ไม่ติดมัน เต้าหู้ ผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับไต ควรลดปริมาณโปรตีนที่ได้รับให้น้อยลง

1.4 โยอาหาร ส่วนใหญ่ได้จากพืชพวกผัก เช่น คื่นช่าย ถั่วลันเตา ถั่วแขก โยของพืชย่อยไม่ได้ไม่ให้แคลอรี ทำให้รู้สึกอิ่มและลดการดูดซึมของอาหาร น้ำตาล และไขมัน ซาลง ส่งผลให้ระดับกลูโคสในเลือดไม่สูงขึ้นเร็ว กระตุ้นให้ลำไส้ทำงานได้ดี ปริมาณโยอาหารที่ควรได้รับยังไม่สามารถกำหนดแน่นอนได้แต่มีการเสนอแนะให้ได้รับโยอาหารวันละ 40 กรัม หรือ 25 กรัมต่อพลังงาน 1000 กิโลแคลอรี

การแบ่งมื้ออาหาร ควรรับประทานอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ ไม่ควรลดรับประทานอาหารบางมื้อโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลิน เพราะจะทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติได้ หรืออาจแบ่งหลาย ๆ มื้อ หรือแบ่งอาหารมื้อใหญ่ ๆ เป็นมื้อย่อย ๆ ระหว่างมื้ออีก 3 มื้อ รวม 6 มื้อก็ได้ จำนวนอาหารแต่ละมื้อควรใกล้เคียงกันในแต่ละวัน อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ และจำนวนแคลอรีที่ได้รับต่อวันที่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานต้องเรียนรู้ว่าอาหารชนิดใดรับประทานได้ และควรรับประทานปริมาณเท่าใด จึงไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องควบคุมแบ่งเป็น

1. อาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเบาหวานทุกประเภทควรงดเว้นหรือหลีกเลี่ยงได้แก่

- อาหารจำพวกน้ำตาลทุกชนิด เช่น น้ำผึ้ง นมข้นหวาน น้ำตาลก้อน
- น้ำหวานต่าง ๆ
- ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ขนมหม้อแกง
- ลูกอมชนิดต่าง ๆ ช็อกโกแลต

- ผลไม้เชื่อมต่าง ๆ เช่น กล้วยเชื่อม มันเชื่อม ลูกตาลเชื่อม
- ผลไม้กระป๋อง
- ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน น้อยหน่า ละมุด ลำไย

2. อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานได้ แต่ถ้ารับประทานมากเกินไปก็จะทำให้น้ำตาลในเลือดสูง

- ผลไม้ชนิดต่าง ๆ เช่น ส้ม เงาะ สับปะรด มะละกอ กล้วย มังคุด แดงโม
ผลไม้เหล่านี้ถ้ารับประทานมากเกินไปก็จะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้ จึงควรรับประทานตามที่กำหนด

- ข้าวและอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง บะหมี่
- พืชจำพวกเผือก มัน มันฝรั่ง ฟักทอง ถั่วเมล็ดแห้ง
- อาหารสำเร็จรูปสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

3. อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานได้

- ชา กาแฟที่ไม่เติมน้ำตาลหรือนมข้นหวาน
- น้ำตาลเทียม
- เครื่องเทศต่าง ๆ
- น้ำอัดลมที่ใช้น้ำตาลเทียม
- มะนาว น้ำส้มสายชู
- ผักประเภทใบทุกชนิด

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการควบคุมอาหาร (วลัย อินทร์มพรรย์. 2532 : 13) มีดังนี้

1. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ คือ ประกอบด้วยเนื้อสัตว์ ข้าวหรือแป้งชนิดอื่น ผัก ผลไม้ ไขมัน ตามจำนวนที่กำหนดทุกวัน

2. กินข้าวซ้อมมือ หรือข้าวที่ขัดสีน้อยเป็นประจำตามจำนวนที่กำหนด โดยใช้หุงผสมกับข้าวขาว

3. กินผักให้มากขึ้น โดยเฉพาะผักประเภทใบและถั่วสด เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ถั่วฝักยาว

4. ดักข้าวจำนวนที่กำหนดแล้วไม่เติมอีก ถ้าไม่อิ่มให้กินผักเพิ่มขึ้น

5. หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน น้อยหน่า ลำไย ละมุด

6. กินผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ส้ม มะละกอ พุทรา ฝรั่ง ตามจำนวนที่กำหนด

7. งดน้ำตาลและอาหารที่ใส่น้ำตาลทุกชนิด

8. หลีกเลี่ยงการกินเครื่องในสัตว์ต่าง ๆ

9. หลีกเลี่ยงการกินไขมันสัตว์ น้ำมันหมู เนย มันหมู มันไก่ เนื้อมันหมู หมูสามชั้น ครีม และน้ำมันพืชจำพวกน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ

10. ใช้น้ำมันพืชที่มีส่วนผสมของน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันฝ้าย น้ำมันข้าวโพด ให้มากขึ้น โดยใช้สารประกอบอาหารเป็นประจำ
11. ใช้เต้าหู้ ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ ถั่วแดง ในการประกอบอาหารให้มากขึ้น
12. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำมันมาก เช่น ปาท่องโก๋ ข้าวเกรียบทอด ข้าวตังทอด
13. กินอาหารให้ตรงเวลาและไม่งดอาหารมือใดมือหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน เพราะอาจมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำจนหมดสติได้
14. กินยา ฉีดยา และควบคุมอาหารตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ
15. ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอและเพียงพอทุกวัน

การใช้อาหารแลกเปลี่ยน

การใช้อาหารแลกเปลี่ยนมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถกำหนดปริมาณอาหารรับประทานได้ง่ายขึ้น และควบคุมอาหารได้ดีขึ้น ในการใช้อาหารแลกเปลี่ยนจะทำได้ดังนี้ (วลัย อินทร์มพรรย์, 2532 : 35)

1. แลกเปลี่ยนอาหารในหมวดเดียวกัน อาหารจำพวกข้าวสุก ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังสามารถรับประทานทดแทนกันได้ ในอาหารแลกเปลี่ยนหมวดธัญพืช เช่น เคยรับประทานข้าว 2 ทัพพี ก็อาจเปลี่ยนมารับประทานก๋วยเตี๋ยวได้ 1 ถ้วย
2. การแลกเปลี่ยนอาหารข้ามหมวด ได้แก่ การแลกเปลี่ยนผลไม้กับข้าวหรือก๋วยเตี๋ยวอาหารทั้ง 2 ชนิดนี้มีคาร์โบไฮเดรตไม่เท่ากัน แต่อนุโลมให้แลกเปลี่ยนกันได้เช่น ปกติผู้ป่วยเคยรับประทานข้าว 2 ทัพพี และส้ม 2 ผล แต่ถ้าต้องรับประทานข้าวเพิ่มเป็น 3 ทัพพีในมื้อนั้นก็ต้องลดลงเหลือ 1 ผล เป็นต้น แต่ไม่ควรงดข้าวและรับประทานแต่ผลไม้ เพราะผลไม้มีน้ำตาลมากและดูดซึมได้ง่ายกว่าอาหารจำพวกข้าว ก๋วยเตี๋ยว จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งข้าว 1 ทัพพี แลกเปลี่ยนกับส้ม 1 ผล ก๋วยเตี๋ยวครึ่งถ้วยแลกเปลี่ยนกับเงาะ 4 ผล ขนมปัง 1 แผ่นกลางแลกเปลี่ยนกับมะละกอ 6 ชิ้น ขนาดคำ
3. แลกเปลี่ยนขนมกับอาหารอื่น ขนมหวานเป็นอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบและน้ำตาลเป็นอาหารที่ย่อยและดูดซึมได้ง่าย จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้รวดเร็วโดยเฉพาะขนมที่มีน้ำตาลมากหวานจัด เช่น ลูกกวาด ท็อฟฟี่ ทองหยิบ ทองหยอด ฯลฯ ขนมเหล่านี้ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทาน และไม่แนะนำให้แลกเปลี่ยนกับอาหารหมวดอื่นแต่ขนมบางชนิดที่ไม่หวานจัด เช่น เต้าส่วน ขนมกล้วย กล้วยบวดชี ตะโก้ ผู้ป่วยจะรับประทานได้บ้างเป็นครั้งคราวไม่ควรบ่อยนัก และไม่ควรรับประทานจำนวนมาก จะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้เช่นกัน และเมื่อรับประทานขนาดดังกล่าวแล้วต้องลดข้าว ไขมัน และผลไม้ในมื้อนั้นลงด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำตาลในเลือดสูง
4. การแลกเปลี่ยนกับอาหารอื่น เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารนอกบ้าน ก็ควรจะทราบปริมาณสารอาหารในอาหารนั้น และแลกเปลี่ยนกับรายการอาหารแลกเปลี่ยนตามที่กำหนดไว้เพื่อที่จะสามารถควบคุมอาหาร น้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. การออกกำลังกาย

ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มีกิจกรรมที่ต้องออกแรงใช้กำลังงานน้อยมาก โดยเฉพาะหากอาชีพนั้นเป็นงานประจำอยู่กับที่ด้วยแล้ว ถือว่าไม่ได้มีการออกแรงใช้กำลังงานอย่างเพียงพอ ซึ่งมีข้อเสียต่อสุขภาพหากทำงานที่ต้องออกแรงต้องใช้กำลังมากเช่น การทำไร่ ทำนาทำสวน ขุดดิน ถางหญ้า ซึ่งการทำงานเหล่านี้ต้องใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายหลายๆ ส่วนต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ผู้ที่ทำงานเหล่านี้เป็นประจำถือว่ามีอาการออกกำลังกายด้วย ดังนั้นการออกแรงลักษณะดังกล่าวกับการออกกำลังกายจึงมีความหมายเหมือนกัน

(วรรณิ นิธิยานันท์. 2539 : 23) การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอ มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติโดยทั่วไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ถือเป็นการรักษาโรคด้วย (สมุณทา เสรีรัตน์. 2539 : 62) การออกกำลังกายสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายทั่วไป ช่วยลดระดับไขมัน โคเลสเตอรอลและระดับของไตรกลีเซอไรด์ ในขณะเดียวกัน HDL-cholesterol จะเพิ่มขึ้นทำให้มีความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ดีขึ้น มีการขนส่งออกซิเจนไปตามอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถป้องกันโรคเบาหวานและยังมีผลทำให้โรคเบาหวานไม่พึงพาอินซูลิน ดีขึ้นได้ (วรรณิ นิธิยานันท์. 2539 : 23) ร่างกายใช้น้ำตาลได้เพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีการเผาผลาญอาหารในเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยเฉพาะไขมันเพิ่มขึ้น ทำให้น้ำหนักลดลง ในคนที่น้ำหนักเกินปกติ ผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน เมื่อน้ำหนักลดลงอาจไม่ต้องรับประทานยาเม็ด ก็สามารถลดน้ำตาลในเลือดได้ การไหลเวียนของโลหิตและความดันโลหิตดีขึ้น อวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด หัวใจ แข็งแรงขึ้น ความรู้สึกทั้งร่างกายและจิตใจสดชื่นขึ้น (สมุณทา เสรีรัตน์. 2539 : 62) การออกกำลังกายเน้นถึงผลที่ทำให้ร่างกายมีความอดทน มีความยืดหยุ่นและพลังกำลังดีเป็นหลักสำคัญ

ความอดทน (Aerobic fitness) คือ ความสามารถที่จะออกกำลังกายหรือออกแรงได้ระยะยาวโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือหายใจไม่สะดวก

ความยืดหยุ่น (Muscular fitness) คือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสามารถทำงานได้นาน และทำให้แบก หาม ของหนักได้

การออกกำลังกายที่จะสามารถเสริมสร้างความอดทนได้ดี เป็นการออกกำลังกายประเภทแอโรบิค (Aerobic exercise) ซึ่งหมายถึง การออกแรงโดยอาศัยพลังงานที่เผาผลาญโดยใช้ออกซิเจน (Oxidative phosphorylation) กล้ามเนื้อหลายกลุ่มมีการยืดหยุ่นและหดตัวสัมพันธ์กันเป็นเวลานานพอสมควร การออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่นิยมและสมควรส่งเสริมได้แก่เดิน วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน กระโดดเชือก เต้นรำ เป็นต้น (วรรณิ นิธิยานันท์. 2539 : 25)

หลักเกณฑ์การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่ดีจะต้องเหมาะสมกับผู้ออกกำลังกาย มีความหนักเพียงพอ มีความสม่ำเสมอและมีความนานเพียงพอ ควรออกกำลังกายเวลาเช้าหรือเย็นเพื่อหลีกเลี่ยงอากาศที่ร้อนจัด

ความสม่ำเสมอ (Frequency) ในกรณีที่สมารถทำได้ ควรออกกำลังกายทุกวัน ถ้าปฏิบัติไม่ได้ควรออกกำลังกายวันเว้นวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ความนาน (Duration) การออกกำลังกายควรทำอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที เป็นอย่างน้อย แต่เมื่อเริ่มออกกำลังกายใหม่ๆ อาจเริ่มเพียงระยะเวลาสั้นๆ 5-10 นาที แล้วเพิ่มขึ้นทุก 2-4 สัปดาห์ เมื่อร่างกายมีความพร้อม ผู้สูงอายุและผู้มีโรคหัวใจ จะต้องเริ่มน้อยๆ และเพิ่มขึ้นช้าๆ

ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) เป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างเสริมความอดทน (Aerobic fitness) ความหนักของการออกกำลังกาย คือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก หอบเล็กน้อย

ความเหมาะสม การจะเลือกการออกกำลังกายประเภทใดต้องดูให้เหมาะสมกับวัย ภาวะสุขภาพ อาชีพ ผู้ที่ไม่มีเวลาออกกำลังกาย อาจดัดแปลงหรือเสริมงานประจำให้มีการออกกำลังกายได้ เช่น เดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ เดินไปทำงานหรือตลาดแทนการใช้รถ

3. การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอถือเป็นหลักสำคัญ หากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ต้องใช้ยาร่วมด้วย ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลมีกลไกการออกฤทธิ์แบ่งได้ 3 พวกใหญ่ๆ คือ

3.1 กระตุ้นเบตาเซลล์ของตับอ่อนให้สร้างอินซูลิน ได้แก่ พวกยาซัลโฟนิลยูเรีย ซึ่งได้แก่ ไกลบิไซด์ เช่น Minidiab ไกลเบนคลาไมด์ เช่น Daonil ไกลคลาไซด์ เช่น Diameron หรือ คลอโปปาไมด์ (สมณฑา เสรีรัตน์. 2539 : 67) ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ทุกชนิดดูดซึมได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร ถ้ารับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร การดูดซึมยาจะลดลง

3.2 ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้ดีขึ้น ได้แก่ ยาพวก เมทฟอร์มิน ยากลุ่มนี้อาจทำให้เกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้องหรือท้องเสียได้ จึงควรรับประทานพร้อมอาหารเพื่อป้องกันการเกิดอาการดังกล่าว

3.3 ขัดขวางการดูดซึมอาหารจำพวกแป้ง ได้แก่ ยาจำพวกอะคาโบส เช่น กลูโคเบย์

4. การดูแลรักษาตนเอง (สุเมธทา เสรีรัตน์. 2539 : 93)

- ควบคุมเรื่องอาหารให้ถูกหลักอนามัยอย่างสม่ำเสมอ
- ควบคุมเรื่องการออกกำลังกาย
- รับประทานยา หรือฉีดยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
- หมั่นตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอและบ่อยขึ้นหากมีการเจ็บป่วย
- ตรวจหาคีโตนในปัสสาวะ หากระดับน้ำตาลในเลือดเกิน 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และตรวจบ่อยขึ้นเมื่อมีการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น
- พบแพทย์หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น หรือระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เกิดแผลเรื้อรังรักษาไม่หาย หรือมีอาการเป็นลมเกิดขึ้น
- ตรวจสอบบริเวณผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณเท้าทุกวัน
- ตรวจตาและหน้าที่ของไตเป็นประจำทุกเช้า
- ตรวจฟันปีละ 2 ครั้ง
- ตรวจและรับการรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติหรือใกล้เคียง
- รับการตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอและรักษาระดับไขมันให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียง
- ไม่สูบบุหรี่
- หมั่นพบแพทย์บ่อย ๆ เพื่อฟังคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ
- หมั่นเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรักษาตนเองอย่างสม่ำเสมอ

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยและเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมบุคคลอาจรับมาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ก็ได้ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและเกิดความมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวนี้ ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปคือ

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข้อมูลหรือข่าวสาร จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่า ได้รับความรักและการดูแล

เอาใจใส่และได้รับการยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการสื่อสารและความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน คาสเซลและ กอร์ (Kaplan, Cassel & Gore. 1977 : 50-51) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่ามีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ

1. ความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางสังคม เช่น การยกย่อง ความภูมิใจ และความช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อม
2. การมีหรือขาดสัมพันธภาพของการสนับสนุนทางจิตสังคม เช่น การตายของคู่สมรส การย้ายที่อยู่อาศัย และการสูญเสียหรือเปลี่ยนแปลงบุคคลที่ให้การสนับสนุน

คาห์น (Kahn. 1979 : 86) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทอง สิ่งของ หรืออื่นๆ

พิลิสุก (Pilisuk. 1982:25) ให้คำนิยาม แรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่า ตนเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความรู้สึกมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

บาร์ริรา (Barrera. 1982 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของแรงงาน ข้อมูล คำแนะนำ

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills. 1985 : 4) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นทรัพยากรที่ได้รับจากผู้อื่นเกี่ยวกับข้อมูล หรือสิ่งของที่ใช้ได้และมีศักยภาพ และมีผลทางบวกและทางลบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้ให้ความหมายว่าการสนับสนุนเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับความยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2538 : 172) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความหมายในเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบหมายถึงสิ่งที่ “ผู้ที่ได้รับแรง สนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ และหรือการสนับสนุน

ทางจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุน ได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ความหมายในทางกว้าง แรงสนับสนุนหมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของ บุคคลซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องของเครือข่าย ปริมาณความถี่ของการ ปฏิสัมพันธ์กัน และรวมถึงหน้าที่ของเครือข่ายสังคมนั้นๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความห่วงใย ความรักการให้วัตถุสิ่งของและการแลกเปลี่ยนข่าวสาร

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 96) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมีบุคคลหนึ่ง (หรือหลายคน) ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแลและทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่า ยังมีผู้ให้การดูแล และทำให้รู้สึก ว่าตนเองมีค่า

จากแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม อาจกล่าวสรุปได้ว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือ วัตถุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณ ของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคม การเปลี่ยนแปลงตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย นอกจากนี้พบว่าคนในกลุ่มสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด กลุ่มคนที่ให้การสนับสนุนทางสังคมได้นั้นเป็นกลุ่มคนในระบบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มสังคมที่สามารถเชื่อถือได้ว่า ให้การสนับสนุนทางสังคมได้

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396-397) ได้แบ่งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ(Natural support system)ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็กเพราะเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถ

ติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organizations or denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแหล่งแรกที่ทำให้การสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับเล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมาคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ จะมีลักษณะไม่เป็นทางการ ต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนจะแบ่งได้สองชนิดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มาก แตกต่างกันไปดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300-301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ซื่อสัตย์และมีความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially supportor network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นระดับความต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social needs) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในกลุ่มสังคม และได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้น สามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้องกัน

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) ที่ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันรักใคร่และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้น้ำใจและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

เฮาส์ (Brown. 1986 : 5 ; citing House. 1981. *Work Stress and Social Support*) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านความรัก การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแลความไว้วางใจ รู้สึกเป็นห่วงและการยอมรับฟังความคิดเห็น

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน

3. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือประเมินตัวเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

เพนเดอร์ (Pender. 1987:150) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะการทำหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม โดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การให้การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม ให้พบกับเป้าหมายของตนเอง หรือให้ความร่วมมือตามความต้องการในสถานการณ์เฉพาะอย่าง การสนับสนุนทางสังคมนี้มีทั้งที่จับต้องได้ และจับต้องไม่ได้ ได้แก่

1.1 การสนับสนุนที่จับต้องได้ (Tangible support) หมายถึง การสนับสนุนด้านสิ่งของและการกระทำ ได้แก่ เงิน หรือการช่วยเหลืออื่นๆ โดยการกระทำ

1.2 การสนับสนุนที่จับต้องไม่ได้ (Intangible support) หมายถึง การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การให้ความรัก ความอบอุ่น หรือการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์อื่นๆ

2. การให้คำแนะนำ ได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร แนวทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือทำงานได้สมบูรณ์

3. การให้ข้อมูลป้อนกลับ ได้แก่ การประเมินความคาดหวัง ความต้องการของบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ถึงเป้าหมาย

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 594) ได้แบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ให้ และ ผู้รับ การสนับสนุน

2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับ ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตามย่อมส่งผลกระทบให้ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็น ต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb, 1985 : 5-22) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การดำเนินวิถีชีวิตในสังคม และการเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzolevel) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจง ถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือ ด้านวัตถุ ความเป็นมิตร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับลึก หรือระดับแคบ (Microlevel) เป็นการพิจารณาความสำคัญของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว หรือคนรัก ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักใคร่และห่วงใย

ผลของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของบุคคล

จากการที่แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแพร่หลาย จึงมีนักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้พยายามศึกษา และอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยไว้หลายท่าน เช่น

เบอร์กแมนและไซม์ (Berkman & Syme, 1979 : 202) ได้เสนอแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพบุคคลไว้ โดยกล่าวว่า

1. คนที่แยกตัวออกจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย และมีโอกาสเกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลต่อจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ เป็นหนทางนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุ

3. การแยกตัวออกจากสังคม จะทำให้คนมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้บุคคล มีโอกาสจะเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

โคเฮนและวิลลิส (Cohen & Willis, 1985 : 310-357) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีมีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune system) ทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดียิ่งขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคในขณะเดียวกันก็ทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้สรุปถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต และการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อม เพิ่มการมีคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต
2. ลดความเครียดของเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต
3. ช่วยยืนยัน รับรอง หรือการทำให้เกิดความมั่นใจและคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม เป็นกันชนรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี จึงช่วยลดการเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการป้องกันโรค

จากการที่นักวิชาการทั้งหลาย ได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยพอสรุปได้ 2 ประเด็นใหญ่ๆ คือ

1. ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The direct effect on health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์กล่าวคือสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ และการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคมนี้จะเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมภาวะปกติสุขได้ จากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตนในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย

2. ปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียด หรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดภาวะเครียด (Modifying the deleterious effect of the buffering hypothesis) การสนับสนุนทางสังคมลดความเครียดได้โดยตรงหรือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็งมีผลถึงภาวะสุขภาพในที่สุด (Pender. 1982 : 336) ซึ่งแคปแลน (Caplan. 1977 : 7) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ช่วยลดความเครียดซึ่งมีผลต่อทางร่างกายและจิตใจ โดยทำให้บุคคลลดทอนต่อปัญหาได้มากขึ้น ดังนั้นบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดนั้น เป็นบทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้กระบวนการเผชิญภาวะความเครียด (Coping process) การใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ถ้าเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ก็เกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลว หรือไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นทั้งร่างกาย

และจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นชุมพลที่อยู่ในสังคม ทำหน้าที่เสมือนเป็นสิ่งที่ช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์หรือเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman & Syme. 1979 : 186-204) ได้ศึกษาติดตามอัตราการตายของประชาชนในเมืองอะลาเมดา เป็นเวลา 9 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่สมรสหรือเพื่อนบ้าน จะทำให้บุคคลปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพในทางที่เหมาะสมได้ดี

คอดเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาและผลการศึกษาพบว่าผู้มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูง จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูง ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง ต่างกับผู้มีระดับการศึกษาดำรงได้น้อยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

ฮับบาร์ด และคนอื่น ๆ (Hubbard and others. 1984 : 268) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม ที่มีอายุเฉลี่ย 70 ปี และ 44 ปี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

เคลม (Klemp. 1986 : 144) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคเบาหวานกับตัวแปร ความรับผิดชอบ ทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากโรคเบาหวานและปัจจัยด้านครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวทุกรูปแบบ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมโรค เพราะจะช่วยลดความคับข้องใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค แต่ถ้ามีการสนับสนุนน้อยการปฏิบัติตัวจะไม่ดีตามไปด้วย

เซฟเฟอร์ และคนอื่น ๆ (Sehaefer and others. 1986 : 179-185) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุน และไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปฏิบัติตามแผนการศึกษา และการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ 54 คน และวัยรุ่นน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 18 คน ผลการศึกษาพบว่า ในครอบครัววัยรุ่นที่มีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดีมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และในผู้ใหญ่พบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ได้เต็มที่และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

มุขเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles. 1988 : 334-338) ได้ศึกษาโดยการพยายามอธิบายถึงสาเหตุที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้บุคคล มีการปฏิบัติการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในอพาร์ทเมนต์ จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

อิมมานส์ (Aymanns. 1995 : 107-124) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 169 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับกำลังใจจากครอบครัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้ การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น

ลอนด์ (Lohn. 1996 : 1709-A) ได้ศึกษาหาแนวทางป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน โดยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและการตรวจน้ำตาลในเลือดของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ศึกษาเกี่ยวกับ อายุ เพศ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์และการตรวจน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาพบว่า ประชากรที่มีอายุ 30-65 ปี ตรวจพบเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 24.60 และประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 49.20 ซึ่งจากการวิเคราะห์ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคพบว่า มีสาเหตุจากโรคอ้วนเป็นส่วนใหญ่ อันเนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูง โดยในเพศชายพบโรคอ้วนร้อยละ 84.00 และในเพศหญิงพบร้อยละ 96.00 จากจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

งานวิจัยในประเทศไทย

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ฉัตรวัลย์ ไจอารีย์ (2533 : 94-98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดสามารถร่วมทำนาย

คุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36

บุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534 : ก-ข) ได้ศึกษาแนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการสัมภาษณ์ระดับลึกร่วมกับการสังเกตขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทุกรายจะมีแนวคิดการอธิบายโรคที่มีพื้นฐานของความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก แต่มีผู้ป่วยเพียงบางรายที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้จะเป็นผู้ที่มีอาการรุนแรงมีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว ขาดคุณสมบัติที่จะคอยดูแลส่วนผู้ที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้จะมีลักษณะที่ตรงข้ามกับที่กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือ พื้นฐานทางเศรษฐกิจไม่ดี และหากผู้ป่วยไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรสเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยก็ต้องเลือกระหว่างการให้ความสำคัญต่อความเจ็บป่วยกับข้อเรียกร้องด้านอื่นของชีวิต

วนิดา ชุกกลิ่น (2534 : 76-82) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน t-test แบบ dependent และ t-test แบบ independent ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการปฏิบัติตนเรื่องโรคเบาหวาน ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การปฏิบัติตน การควบคุมโรค และความสามารถ ในการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อารีย์ เรียรประมุข (2534 : 59-60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

กาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่ต่างกัน

ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการให้สัมภาษณ์ระดับลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมที่บ้านผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ ความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการควบคุมอาหาร และการใช้ยาโดยแพทย์ จะลดการรับประทานของหวานได้เข้มงวด และรับประทานยาได้ถูกต้องสม่ำเสมอต่อเนื่องได้มากกว่าผู้ป่วยชาย ส่วนด้านการออกกำลังกาย พบว่าทั้งผู้ป่วยหญิงและชายจะมีพฤติกรรมเหมือนกัน คือ ไม่ออกกำลังกายนอกจากแรงในการทำงานเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้ว่าการออกกำลังกายจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้

พรพิศ ชีวะคำนวน (2535 : 62) ได้ศึกษาถึงสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน จำนวน 120 ราย ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นตัวดูดซับความเครียด แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีค่าน้ำตาลในเลือดต่ำ นอกจากนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด คือ เพศชายมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีคู่สมรสมีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมและอายุสามารถทำนายสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเพศสามารถทำนายระดับน้ำตาลในเลือดได้

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101-108) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา อายุ เพศ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536 : 96 – 109) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า การมีแรงสนับสนุนจากภายนอก การมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในด้านการควบคุมอาหาร และการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มคนไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .002$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีโรคแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรค

รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 44) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จากกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเพศชายรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิง และผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกันรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

รวมพร คงกำเนิด (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาแบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการติดตามไปสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่บ้านจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ควบคุมได้อย่างเคร่งครัด รองลงมาไม่เคร่งครัดในการควบคุมอาหารและไม่ควบคุมอาหารตามลำดับ การใช้จ่าย พบว่า มีการใช้จ่ายของโรงพยาบาลร่วมกับยาสมุนไพร แต่จะให้ความสำคัญกับยาโรงพยาบาลมากกว่า ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และมีเพียงการออกกำลังกายในที่ทำงานหรือการทำงานบ้าน เนื่องจากไม่ให้ความสนใจในการออกกำลังกาย ส่วนแบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่า มี 3 รูปแบบ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัว มีความคิดความเชื่อในทิศทางเดียวกับครอบครัวมีผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยมีการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด และใช้จ่ายของโรงพยาบาลอย่างเดียว คล้อยตามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

2. ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว แต่มีความคิดความเชื่อและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในทิศทางตรงกันข้ามกับการสนับสนุนทางสังคมกับครอบครัว โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร และการใช้จ่าย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ควบคุมอาหารและมีทั้งการใช้จ่ายเองเพียงอย่างเดียว และใช้ร่วมกับยาสมุนไพร

3. ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี โดยบางส่วนมีลักษณะห่างเหินบางส่วนมีลักษณะขัดแย้ง ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามความคิด ความเชื่อและประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งพบว่า มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหารได้ไม่ดี มีการใช้จ่ายของโรงพยาบาลร่วมกับสมุนไพรอย่างหลากหลาย และยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความเครียดและวิตกกังวลสูง

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-126) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนชายหญิงที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพทางครอบครัว และปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ สถานภาพสมรสและแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

เสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ (2539 : 77-84) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและระยะของโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเวช

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 134-153) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ตามรูปแบบการประเมินการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ วอกเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender. 1987 : 70-81) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการ รับประทานอาหาร ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการ เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน โดยศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความสามารถในการทำนายปัจจัยทั้ง 3 ต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด ลำปาง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 81 โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากที่สุดในด้านการ ช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันร้อยละ 59 รองลงมาคือ ด้านการรับประทานอาหารร้อยละ 39 ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ การมีและเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 สำหรับปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และ เพื่อนบ้านบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้ประมาณร้อยละ 42 และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

สนธิ พึ่งสาย (2539 : 124-140) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยร่วมด้านประชากร ปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 365 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 กับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึง อุปสรรคของการปฏิบัติ

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 248 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อมั่นสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพศ การศึกษา รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ชาย 137 ราย หญิง 63 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 75-76) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบเหตุ ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล จำนวน 113 คน โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี โดยความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และภาวะการควบคุมโรค

ตินารถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน สถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวในการทำนุ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .01

ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 89 – 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 279 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่ง

อินซูลินมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีเพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานและการสนับสนุนทางสังคมต่างมีพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมด้านความรู้แตกต่างกัน แต่เจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมด้านความรู้และเจตคติต่อโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน แต่การปฏิบัติแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมและเจตคติและการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 104) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย คือด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรมด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิภาพร กาญจนราช (2542 : 74-76) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการรักษาในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 242 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวที่ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง

ส่วนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวไม่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังได้

สุชาติพิย รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 373 คน เป็นชาย 151 คน เป็นหญิง 222 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ผู้วิจัยพบว่า มีผู้ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ยังไม่เคยปรากฏว่ามีผู้ใดทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จากการที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี โดยศึกษาตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการศึกษาค้นคว้ามาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง และวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล ตลอดจนนำไปจัดโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลปทุมธานีต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและผลที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 1,509 ราย (สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี. 2543 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 320 ราย ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 583) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

เมื่อ	n	แทน	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ขนาดประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนของกลุ่ม .05

จากการคำนวณจะได้ค่าของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 320 ราย จากประชากร 1,509 ราย

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยการเลือกผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน เป็นชาย 122 คน หญิง 198 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choice)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง และไม่เป็นจริงเลย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และวารสารที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเองของโอเริ่มและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสอบถามการดูแลตนเอง จำนวน 53 ข้อ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 54 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 55 ข้อ ตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา

4. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้แบบสอบถามการดูแลตนเอง จำนวน 41 ข้อ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 48 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 40 ข้อ

5. นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ ได้แบบสอบถามการดูแลตนเอง จำนวน 25 ข้อ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 22 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 28 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วย ทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์ ให้คะแนนดังนี้

1.1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	0	คะแนน

1.2 ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	2	คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการดูแลตนเองดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์.

2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	1.34 – 2.00	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 – 1.33	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 0.66	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับต่ำ

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choices) ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด หรือไม่ตอบ

ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับดี

คะแนนร้อยละ 50 – 74 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0 – 49 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีทั้งหมด 3 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง และไม่เป็นจริงเลย

3.1 ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนดังนี้

เป็นจริงมาก ให้ 2 คะแนน

เป็นจริงปานกลาง ให้ 1 คะแนน

ไม่เป็นจริงเลย ให้ 0 คะแนน

3.2 ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนนดังนี้

เป็นจริงมาก ให้ 0 คะแนน

เป็นจริงปานกลาง ให้ 1 คะแนน

ไม่เป็นจริงเลย ให้ 2 คะแนน

คะแนนสูง แสดงถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ แสดงถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเป็นเกณฑ์ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม
ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามแบบทดสอบที่สร้างเสร็จแล้วจำนวน 162 ข้อไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ แล้วบันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IC ผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่า

ดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่า ข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ข้อคำถามจำนวน 129 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก

2. การวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกแบบทดสอบและแบบสอบถาม กระทำโดยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าดังนี้

2.1 หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้โดยที่ค่าคะแนนรายข้อจะมีคะแนนเป็น 1 ถ้าตอบถูก และเป็น 0 ถ้าตอบผิด คำนวณหาค่าความยากง่ายเป็นรายข้อโดยเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.20 – 0.80 ได้ข้อ โดยใช้คำถามจำนวน 22 ข้อ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เป็นรายข้อ โดยใช้สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซเรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับและเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539:119) ได้ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539:117-118) ได้ข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคม 28 ข้อ และได้ข้อคำถามการดูแล ตนเอง 25 ข้อ

3. การหาค่าความเชื่อมั่น

3.1 นำแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ที่ใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-richardson formula 20) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 :123) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

3.2 นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539:118) โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอาศัยเครื่องมือ คือ แบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นดำเนินการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม 2544 ถึงวันที่ 23 กรกฎาคม 2544 รวมระยะเวลา 12 วัน แล้วเลือกแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบทดสอบและแบบสอบถาม และคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้
 - 3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
 - 3.2 แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองนำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
 - 3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 7
 - 3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 และ 10

ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls method)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 คะแนนเฉลี่ย(Mean)โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 73)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 73)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า Face validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้วแต่ละคนพิจารณา ลงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

ที่ต้องการ	+1	เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
	0	เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
ที่ต้องการนั้นหรือไม่		
ที่ต้องการนั้น	-1	เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่า โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่นำมาพิจารณา

2.2 การวิเคราะห์หาความยากง่าย ของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้ตอบทั้งหมด

2.3 การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยวิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ	r_{pbis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล
	$\bar{Y}_p$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	$\bar{Y}_q$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น
	q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือ คือ (1-p)

2.4 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สูตร K.R.- 20 (Kuder - Richardson 20) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 198)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{St^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อในแบบสอบถาม
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ(สัดส่วนของคนทำถูก)
	q	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ทำผิดในข้อหนึ่งคือ (1 - p)
	St^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.5 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้ (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร y
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.6 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามวัดการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 :200)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของข้อคำถาม
	S^2_t	แทน	คะแนนความแปรปรวนแบบสอบถามทั้งฉบับ
	$\sum S^2_i$	แทน	ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อของแบบสอบถาม

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 102)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

โดย

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n1, n2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ขึ้นไป โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือค่าเอฟ (F-test) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 102)

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน F- distribution
	MS _B	แทน	คะแนนเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS _w	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls test) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 134)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ	q	แทน	q-statistic ที่ได้จากตาราง
	MS _w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	$\tilde{n}$	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่	$\tilde{n}$	=	$\frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$
--------	-------------	---	---

เมื่อ	k	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	n ₁ n ₂ ...n _k	แทน	จำนวนคะแนนกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of square)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี เป็นรายข้อ โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเอง แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็น

โรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม ดังปรากฏตามตาราง 3 และ 4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานและระยะเวลาของการเป็นโรค

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	122	38.10
หญิง	198	61.90
รวม	320	100.00
2. อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	32	10.00
40 – 60 ปี	124	38.70
มากกว่า 60 ปี	164	51.30
รวม	320	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	73	22.80
ประถมศึกษา	185	57.80
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	41	12.80
อุดมศึกษา	21	6.60
รวม	320	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
4. อาชีพ		
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	24	7.50
ค้าขายหรือธุรกิจ	37	11.60
เกษตรกรรม	25	7.70
รับจ้าง	69	21.60
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา	165	51.60
รวม	320	100.00
5. รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	96	30.00
5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน	151	47.20
10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน	43	13.40
มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน	30	9.40
รวม	320	100.00
6. สถานภาพสมรส		
โสด	28	8.70
คู่	216	67.50
หม้าย/หย่า/แยก	76	23.80
รวม	320	100.00
7. ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
มี	179	55.90
ไม่มี	141	44.10
รวม	320	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
8. ระยะเวลาของการเป็นโรค		
น้อยกว่า 1 ปี	51	15.90
1 – 5 ปี	147	45.90
6 – 10 ปี	69	21.60
มากกว่า 10 ปี	21	16.60
รวม	320	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 61.90 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 38.10

อายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.30 รองลงมา ได้แก่ อายุ 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.70 ส่วนอายุต่ำกว่า 40 ปี มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.00

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.80 รองลงมาได้แก่ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และมัธยมศึกษาหรือ เทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 22.80 และ 12.80 ตามลำดับ ส่วนระดับอุดมศึกษามีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.10

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นแม่บ้าน / พ่อบ้าน / นักเรียน / นักศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.60 รองลงมาได้แก่ อาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขายหรือ ธุรกิจ และ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 21.60 , 11.60 และ 7.70 ตามลำดับ ส่วนอาชีพรับราชการหรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.50

รายได้ พบว่า ผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.20 รองลงมาได้แก่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และ รายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 13.40 ตามลำดับ ส่วนรายได้ที่มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือนมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.40

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 67.50 รองลงมาได้แก่ สถานภาพสมรสหม้าย / หย่า / แยก คิดเป็นร้อยละ 23.80 ส่วนสถานภาพสมรส โสดมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.70

ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 55.90 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 44.10

ระยะเวลาของการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระยะเวลาของการเป็นโรค อยู่ช่วงระหว่าง 1 – 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.90 รองลงมาได้แก่ ระยะเวลา 6 –10 ปี และมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.60 และ 16.60 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.90

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน		
ระดับดี	128	40.00
ระดับปานกลาง	115	35.90
ระดับต่ำ	77	24.10
รวม	320	100.00
การสนับสนุนทางสังคม		
ระดับมาก	227	71.00
ระดับปานกลาง	83	25.90
ระดับน้อย	10	3.10
รวม	320	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับ

ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.90 ส่วนผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.10 และมีการสนับสนุนทางด้านสังคมอยู่ในระดับมากมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.00 รองลงมาได้แก่การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.90 และการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.10

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี เป็นรายข้อ ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
1. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่	1.33	0.66	ปานกลาง
2. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	1.27	0.86	ปานกลาง
3. ท่านรับประทานอาหารเช้าวันละ 3 มื้อ	1.71	0.58	ดี
4. ท่านใช้น้ำมันหมูปรุงอาหาร	1.38	0.85	ดี
5. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 – 10 แก้ว	1.67	0.58	ดี
6. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านรับการตรวจรักษาจากแพทย์	1.81	0.45	ดี
7. ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	1.90	0.33	ดี
8. ท่านนอนหลับพักผ่อนในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	1.87	0.39	ดี
9. ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อย วันละ 6 – 8 ชั่วโมง	1.71	0.51	ดี
10. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง	1.43	0.69	ดี
11. ท่านมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น	1.25	0.76	ปานกลาง
12. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น	1.64	0.59	ดี
13. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1.91	0.31	ดี

ตาราง 5 (ต่อ)

การดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
14. ท่านซึ้่งน้ำหนักตัวเดือนละ 1 ครั้ง	1.80	0.50	ดี
15. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับทุก ๆ คนในสังคม	1.18	0.72	ปานกลาง
16. ท่านร่วมงานสังคมต่าง ๆ ได้อย่างปกติโดยไม่ก่อความรำคาญให้กับผู้อื่น	1.42	0.76	ดี
17. ท่านพยายามที่จะรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นได้อย่างมีเหตุผล	1.57	0.59	ดี
18. ท่านงดรับประทานขนมหวาน จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	1.34	0.66	ดี
19. ท่านลดหรือเพิ่ม ปริมาณยาเองตามอาการที่ท่านรู้สึกว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ	1.25	0.83	ปานกลาง
20. ท่านสนใจติดตามข่าวสาร จากรายการวิทยุ โทรทัศน์ เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	1.49	0.59	ดี
21. ท่านตรวจน้ำตาลในเลือดเดือนละ 1 ครั้ง	1.78	0.55	ดี
22. ท่านดูแลรักษาเท้าด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้ง	1.73	0.54	ดี
23. ท่านพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน	1.78	0.50	ดี
24. ท่านมักจะพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองขณะรอตรวจรักษาที่โรงพยาบาล	1.61	0.61	ดี
25. ท่านพยายามที่จะช่วยเหลือตนเองเมื่อเวลาเจ็บป่วย	1.73	0.56	ดี
รวม	1.58	0.24	ดี

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.58$, $S = 0.24$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และไม่มีข้อคำถามใดอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม ดังปรากฏตามตาราง 6,7,8,9

ตาราง 6 จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
1. เพศ			
ชาย	122	1.58	0.26
หญิง	198	1.59	0.23
รวม	320	1.58	0.24
2. อายุ			
น้อยกว่า 40 ปี	32	1.54	0.30
40 – 60 ปี	124	1.59	0.25
มากกว่า 60 ปี	164	1.58	0.22
รวม	320	1.58	0.24
3. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	73	1.52	0.20
ประถมศึกษา	185	1.59	0.24
มัธยมหรือเทียบเท่า	41	1.57	0.28
อุดมศึกษา	21	1.78	0.12
รวม	320	1.58	0.24

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
4. อาชีพ			
รับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ	24	1.70	0.14
ค้าขายหรือธุรกิจ	37	1.54	0.21
เกษตรกรรม	25	1.48	0.26
รับจ้าง	69	1.51	0.26
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา	165	1.62	0.23
รวม	320	1.58	0.24
5. รายได้			
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	96	1.54	0.25
5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน	150	1.59	0.24
10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน	43	1.60	0.23
มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน	32	1.67	0.21
รวม	320	1.58	0.24
6. สถานภาพสมรส			
โสด	28	1.56	0.27
คู่	216	1.58	0.25
หม้าย / หย่า / แยก	76	1.61	0.21
รวม	320	1.58	0.24
7. ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นเบาหวาน			
มี	179	1.60	0.25
ไม่มี	141	1.57	0.23
รวม	320	1.58	0.24
8. ระยะเวลาการเป็นโรค			
น้อยกว่า 1 ปี	51	1.56	0.25
1 - 5 ปี	147	1.58	0.23
6 - 10 ปี	69	1.58	0.27
มากกว่า 10 ปี	53	1.61	0.20
รวม	320	1.58	0.24

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
9. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			
ระดับดี	128	1.60	0.24
ระดับปานกลาง	115	1.58	0.22
ระดับต่ำ	77	1.54	0.26
รวม	320	1.58	0.24
10. การสนับสนุนทางสังคม			
ระดับมาก	227	1.64	0.21
ระดับปานกลาง	83	1.44	0.25
ระดับน้อย	10	1.39	0.16
รวม	320	1.58	0.24

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.23$ และ $\bar{X} = 1.58$, $S = 0.26$) ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองเพศมีการดูแลตนเองในระดับดี

อายุ กลุ่มอายุ 40 – 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.25$) รองลงมา ได้แก่ อายุ มากกว่า 60 ปี ($\bar{X} = 1.58$, $S = 0.22$) และอายุน้อยกว่า 40 ปี ($\bar{X} = 1.54$, $S = 0.30$) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ระดับการศึกษา ระดับอุดมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.78$, $S = 0.12$) รองลงมา ได้แก่ ระดับประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.24$) มัธยมศึกษา ($\bar{X} = 1.57$, $S = 0.28$) และต่ำกว่าประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.52$, $S = 0.20$) ซึ่งมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกระดับมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

อาชีพ อาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.70$, $S = 0.14$) รองลงมาได้แก่ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา ($\bar{X} = 1.62$, $S = 0.23$) ค้าขายหรือธุรกิจ ($\bar{X} = 1.54$, $S = 0.21$) รับจ้าง ($\bar{X} = 1.51$, $S = 0.26$) เกษตรกรรม ($\bar{X} = 1.48$, $S = 0.26$) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุมีการดูแลตนเองอยู่

ในระดับดี

รายได้ รายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.67$, $S = 0.21$) รองลงมา ได้แก่ รายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.60$, $S = 0.23$) รายได้ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.59$, $S = 0.24$) และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.54$, $S = 0.25$) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มรายได้มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

สถานภาพสมรส สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.61$, $S = 0.21$) รองลงมา ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ ($\bar{X} = 1.58$, $S = 0.25$) สถานภาพโสด ($\bar{X} = 1.56$, $S = 0.27$) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มสถานภาพสมรส มีการดูแลตนเองในระดับดี

ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.60$, $S = 0.25$) รองลงมา ได้แก่ ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ($\bar{X} = 1.57$, $S = 0.23$)

ระยะเวลาของการเป็นโรค มากกว่า 10 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.61$, $S = 0.20$) รองลงมา 1 – 5 ปี ($\bar{X} = 1.58$, $S = 0.23$) 6 – 10 ปี ($\bar{X} = 1.58$, $S = 0.27$) และน้อยกว่า 1 ปี ($\bar{X} = 1.56$, $S = 0.25$) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มของระยะเวลาของการเป็นโรคมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.60$, $S = 0.24$) รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.58$, $S = 0.22$) ระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.54$, $S = 0.26$) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานทุกระดับ มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

การสนับสนุนทางสังคม ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด ($\bar{X} = 1.64$, $S = 0.21$) รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.45$, $S = 0.25$) ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.39$, $S = 0.16$) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมทุกระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตาราง 7 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
จำแนกตามเพศและประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	t	p
1. เพศ					
ชาย	122	1.58	0.26	0.23	.82
หญิง	198	1.59	0.23		
2. ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นเบาหวาน					
มี	179	1.60	0.25	1.08	.28
ไม่มี	141	1.57	0.23		

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีการดูแลตนเองไม่แตกต่าง
กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกัน จะมีการ
ดูแลตนเองแตกต่างกัน

ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิก
เบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีและไม่มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็น
โรคเบาหวาน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ที่มีประวัติญาติพี่น้องต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.05	0.02	0.50	.60
	ภายในกลุ่ม	317	18.19	0.05		
	รวม	319	18.24			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	1.07	0.35	6.61*	.00
	ภายในกลุ่ม	316	17.17	0.35		
	รวม	319	18.24			
3. อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	1.19	0.30	5.52*	.00
	ภายในกลุ่ม	315	17.05	0.05		
	รวม	319	18.24			
4. รายได้	ระหว่างกลุ่ม	3	0.40	0.13	2.37	.07
	ภายในกลุ่ม	316	17.84	0.05		
	รวม	319	18.24			
5. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	0.09	0.04	0.78	.46
	ภายในกลุ่ม	317	18.15	0.05		
	รวม	319	18.24			
6. ระยะเวลาของการเป็นโรค	ระหว่างกลุ่ม	3	0.07	0.02	0.42	.74
	ภายในกลุ่ม	316	18.17	0.05		
	รวม	319	18.24			

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
8. การสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	2.69	1.34	27.79*	.00
	ภายในกลุ่ม	317	15.55	0.04		
	รวม	319	18.24			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

อาชีพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

รายได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ระยะเวลาการเป็นโรค ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าโรคเบาหวานที่มีระยะของการเป็นโรคต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

การสนับสนุนสังคม ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 , 4 และข้อ 10 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา		ต่ำกว่า ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	ประถมศึกษา	อุดมศึกษา	
	$\bar{X}$	1.52	1.57	1.59	1.78	
1. ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.52	-	0.05	0.07*	0.26*	
มัธยมศึกษา ฯ	1.57		-	0.02	0.21*	
ประถมศึกษา	1.59			-	0.19*	
อุดมศึกษา	1.78				-	
2. อาชีพ						
	$\bar{X}$	เกษตรกร	รับจ้าง	ค้าขาย หรือธุรกิจ	แม่บ้าน/พ่อบ้าน นักเรียน ฯ	ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ
	$\bar{X}$	1.48	1.51	1.54	1.62	1.70
เกษตรกร	1.48	-	0.03	0.06	0.14*	0.22*
รับจ้าง	1.51		-	0.03	0.11*	0.19*
ค้าขายหรือธุรกิจ	1.54			-	0.08	0.16*
แม่บ้าน/พ่อบ้าน ฯ	1.62				-	0.08
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.70					-

ตาราง 9 (ต่อ)

3. การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก
		1.39	1.45	1.64
ระดับน้อย	1.39	-	0.06	0.25*
ระดับปานกลาง	1.45		-	0.19*
ระดับมาก	1.64			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า และระดับประถมศึกษา ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

อาชีพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีอาชีพข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้างและค้าขายหรือธุรกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเอง

ดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้างและเกษตรกรกรรม ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและระดับน้อย ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่าง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีเพศต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

8. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 1,509 ราย (สถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี. 2543 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 320 ราย ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choice) จำนวน 22 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง และไม่เป็นจริงเลย จำนวน 28 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน และระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการสนับสนุนทางสังคม โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี เป็นรายข้อ โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเอง แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการสนับสนุนทางสังคม โดยทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 61.90 มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.80 เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.60 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.20 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.50 มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.90 และมีระยะเวลาของการเป็นโรค 1 – 5 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.90

1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 70.90

1.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี

จังหวัดปทุมธานี มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.6 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.7 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.8 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.10 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี อภิปรายผลดังนี้

1. ศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผ่านทางหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ และอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี จัดว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ได้ผ่านพ้นภาระกิจต่างๆ ที่ต้องต่อสู้ เพื่อการดำรงชีวิตมาแล้ว เช่น ในเรื่องของ การประกอบอาชีพ การสร้างครอบครัว การดูแลสมาชิกในครอบครัว และความเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นต้น และในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้จะอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรหลาน ที่คอยช่วยเหลือทางด้านปัจจัยสี่ เอาใจใส่ดูแลทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มนี้มีเวลาที่จะสนใจและดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำหรับมนุษย์ทุกคน เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมพัฒนาดังแต่วัยเด็ก และค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ (Orem.1980 : 6) จากผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของตีรณารถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีอายุ 61-70 ปี และมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี และมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของแลงเกีย (Langlie .1977 : 254) ที่ได้ศึกษาความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคจะมีมากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 1 – 5 ปี และเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่เรื้อรังรักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ย่อมต้องการที่จะหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามให้กับตนเองว่าควรจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน มักจะได้รับความรู้ คำแนะนำจากทีมบุคลากรสุขภาพ หรือจากสื่อต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี จึงเป็นเหตุผลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีด้วย

2. เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี ที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของผกา มาศ นามประดิษฐ์กุล (2536 : 96-109) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ (2539 : 77-84) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาคลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยะนุช ปัญญาธิระ (2542 : 29) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัตนภรณ์

ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 44) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 75) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของต๋องนารถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในยุคปัจจุบัน ได้มีความเจริญ

ก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี อุปกรณ์ และสื่อสารต่างๆ ได้เข้ามามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของบุคคล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา . 2541 : 15) โดยสื่อต่างๆ ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และอื่นๆ ทำให้บุคคลทุกเพศทุกวัยได้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ถูกต้องและอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.90 บทบาทของเพศหญิงในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เปิดโอกาสมากขึ้นที่จะให้เพศหญิง ได้ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านเช่นเดียวกับเพศชาย ซึ่งสังคมปัจจุบันก็ยอมรับบทบาทของเพศหญิงมากยิ่งขึ้นและจากการประกอบอาชีพนอกบ้านนี้เอง ส่งผลให้เพศหญิงได้มีโอกาสทำงานร่วมกับผู้อื่น มีรายได้เป็นของตนเอง มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถมากขึ้น เป็นผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และสามารถตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยวิธีตนเอง (จิรประภา ภาวิไล. 2535 : 98) ดังนั้นจึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างเพศชายและเพศหญิงอย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของผกา มาศนามประดิษฐ์กุล (2536 : 96-109) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรศรี ไทรล้วน (2541 : 76) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับคำกล่าวของโอเร็ม (Orem . 1985 :255) ที่ว่าอายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่างๆ และอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ เช่นเดียวกับคำกล่าวของแลงเกีย (Langlie . 1977 : 254) ที่ได้ศึกษา

ความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคมีมากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101-108) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสนิท พิงสาย (2539 : 125) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของตึรณารถโกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกอายุไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่ และในปัจจุบันพบว่าบุคคลทุกอายุเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น อาจเกิดเนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการพัฒนามาก และรับวัฒนธรรมทางตะวันตกมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จึงทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะส่วนใหญ่จะนิยมอาหารจานด่วนซึ่งเป็นอาหารที่มีแป้งสูง อาจส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น ประกอบกับโรคเบาหวานเป็นโรคแล้วไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ และจะเป็นรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาของการเป็นโรค จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุในระดับต่างกันเกิดความกลัวว่าตนเองจะเป็นมากขึ้น จึงทำให้หันมาสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อีกทั้งระบบการเรียนการสอน ไม่จำกัดอยู่แต่ในห้องเรียนเท่านั้น บุคคลสามารถที่จะแสวงหาความรู้ใหม่ๆ ได้โดยการศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียมและอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งบุคคลทุกเพศทุกวัยมีโอกาสได้รับความรู้โดยเท่าเทียมกัน เป็นผลให้บุคคลได้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เหมาะสม กับการดำรงชีวิตประจำวันต่อไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985 : 175) ที่กล่าวว่า การศึกษาช่วยให้พัฒนาความรู้ ความสามารถ ใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ ในภาวะตนเอง เข้าใจแผนการรักษาต่างๆ

ทำให้มีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 89 – 91) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของตึรณารถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินี โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 104) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่ต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรรช ศรีไทรล้วน (2541 : 76) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของโอเร็ม (Orem . 1985 : 108 – 109) การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเองการศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของคาสล์ และคอบบี้ (Kasl & Cobb. 1966 : 250 – 251) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมาก

กับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพออนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษต่ำ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีเจตคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในด้านสุขภาพพออนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษต่ำกว่า เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง ส่งผลให้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น และมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษต่ำมักมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำด้วย กล่าวได้ว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษา จึงมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กล่าวคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกอบแก้ว คุตตวัส (2527 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด จังหวัด ราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพ มีงานประจำจะมีการดูแลตนเองด้วยการรักษาสมาเสมอมากกว่าผู้ที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 118) ที่ได้ศึกษาลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ (2539 : 77-84) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของตึรณารถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันและสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541:163) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงาน

รัฐวิสาหกิจ มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และค้าขายหรือธุรกิจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาชีพรับราชการ หรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีผู้ป่วยจบ การศึกษาระดับอนุปริญญา และปริญญาตรี หรือสูงกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ทำให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าอาชีพอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ วิลเลียม วรรณะ (2535 : 26-27) ที่ว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งสำคัญ และมีส่วนสนับสนุนให้ บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และผู้ป่วยที่มีการประกอบอาชีพ แนนอน จะมีการ ดูแลตนเองดีกว่า ผู้ประกอบอาชีพไม่แนนอน อาจเป็นเพราะว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับ รายได้ ถ้าหากมีรายได้มากและเพียงพอ ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสแสวงหาปัจจัยสี่ เพื่อตอบสนอง ความต้องการของตนเองในด้านต่างๆ เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การทำงาน การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ของสังคม งานอดิเรก ตลอดจนการบริการทางสุขภาพ จะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต มีสุขภาพจิตดี ชีวิตมีความสุขและมีเวลาว่าง พอที่จะให้ความสำคัญเอาใจใส่ดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพดี ปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่ง ตรงข้ามกับผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และค้าขายหรือธุรกิจ ส่วนใหญ่ลักษณะ งาน มักจะเป็นงานหนัก และไม่สามารถกำหนดเวลาทำงานที่แนนอนได้ ประกอบกับปัจจุบัน เป็นยุคเศรษฐกิจล่มสลาย ส่งผลให้อาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และค้าขายหรือธุรกิจซบเซา รายได้ขาดความแนนอน ไม่ค่อยมีเวลาว่างพอที่พักผ่อน หรือดูแลตนเอง ดังนั้นปัจจัยด้าน อาชีพ จึงมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพ ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามรายได้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มี รายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานมีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผล การศึกษาของอรรช ศรีไทรล้วน (2541 : 76) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแล ตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 76) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษาในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่ แตกต่างกัน

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537:120) ที่ได้ศึกษาลีลาชีวิตในการป้องกันโรคติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างดี และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2538 : 94 – 96) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน ทางสังคมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36 และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของติรนาถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 104) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรก ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองมีหลายปัจจัย ที่นอกเหนือจากรายได้ต่อเดือน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน แต่หากผู้ป่วยมีความรู้ที่ดี ก็สามารถที่จะบริหารจัดการรายได้ต่อเดือนให้มีประสิทธิภาพต่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การรู้จักเลือกรับประทานอาหาร เป็นต้น ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน ที่เป็นระบบที่ให้บริการเชิงรุก เพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะมีการสนับสนุนการดูแลตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลจากโรงพยาบาล มีการประสานงานร่วมกันออกเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ ปรึกษาปัญหาต่างๆ เพื่อให้บุคคล มีการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม พร้อมกันนั้นยังเน้นให้บุคคลมีการสร้างหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกคนในสังคม โดยเฉพาะคนจนและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งเป็นการลดช่องว่างระหว่างความไม่เสมอภาคของระบบบริการสุขภาพ ให้การดูแลผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ด้อยสถานะที่เสียเปรียบ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ เป็นต้น โดยให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลให้บุคคลเหล่านี้ได้มีสุขภาพดี ได้รับการดูแลรักษาในยามเจ็บป่วยโดยไม่เดือดร้อนจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นปัจจัยด้านรายได้จึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.6 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ผกามาต นามประดิษฐ์กุล (2536 : 96-109) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรค และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 89-91) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮัมบาร์ดและคนอื่นๆ (Habbart and others. 1984 : 266-269) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่แต่งงานแล้วสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้แต่งงาน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 134-153) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540 : 72) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดี ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย แยก หย่า มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องรู้ ต้องเข้าใจ และปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เมื่อทราบว่าป่วยเป็นโรค บุคคลที่ป่วยก็พยายามแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถที่จะให้การดูแลรักษาตนเองได้ และเมื่อเข้ารับการรักษาแล้วจึงต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งระมัดระวังป้องกันตนเอง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งบุคคลต้องยอมรับสภาพของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป พยายามเรียนรู้ และปรับแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ให้สอดคล้องกับการรักษา ซึ่งตนเองเท่านั้นที่จะช่วยเหลือตนเองได้ แรงสนับสนุนของ

คู่สมรส หรือครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการจัดการเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง แต่ทางตรงกันข้าม บางครั้งครอบครัว หรือคู่สมรส อาจขัดขวางการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้คุณค่า อันเนื่องมาจากความรัก ความวิตกกังวล ดังนั้นปัจจัยด้านสถานภาพสมรส จึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.7 จำแนกตามประวัติดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีประวัติดูแลตนเองต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีประวัติดูแลตนเองต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของรังสรรค์ วรวงศ์ และคนอื่นๆ (2541:165) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงได้แก่ประวัติการมีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าประวัติการมีภาวะความดันโลหิตสูงในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติดูแลตนเองต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด และไม่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ถึงแม้ว่าคนในครอบครัวไม่เคยมีประวัติเป็นโรคก็ตาม ประกอบกับปัจจุบันมีการรณรงค์ให้ประชาชนพยายามควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่าที่ร่างกายต้องการ และชักชวนให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งการออกกำลังกายเป็นวิธีการรักษาทางอ้อมวิธีหนึ่งที่จะควบคุมโรคได้ไม่ให้อาการมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญของร่างกายได้ โดยที่บุคคลอาจจะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ถูกต้องและเหมาะสม อันได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยอาจจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จากสื่อมวลชน และสื่อในโรงพยาบาลอยู่บ่อยๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เอกสาร เป็นต้น เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง พยายามที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้มากที่สุด เพื่อที่จะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้นปัจจัยด้านการมีหรือไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานมาก่อน จึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประวัติดูแลตนเอง

ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.8 จำแนกตามระยะเวลาของการเป็นโรค

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกาญจนา ประสานปราน (2535 : 65) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่าง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 44) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรชาติพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2536 : 53 – 54) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2536 : 101-108) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับสภาพลักษณะกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่างกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 89 - 91) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคเบาหวานเมื่อเป็นแล้วผู้ป่วยต้องดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีปริมาณเพิ่มขึ้น เพราะถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดของตนเองได้แล้ว ย่อมส่งผลให้โรคเป็นมากขึ้น และเมื่อเป็นมากแล้วก็

อาจส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ ในร่างกายให้เสื่อมไป ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะได้รับรู้ถึงอันตรายเหล่านี้จากแพทย์ที่ทำการรักษา หรือจากสื่อต่างๆ จึงทำให้ผู้ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.9 จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของผกามาต นามประดิษฐ์กุล (2536 : 96 - 109) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า การมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

แต่ผลการศึกษาค้างนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยะนุช ปัญญาธิระ (2542 : 91) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เพื่อควบคุมโรคเบาหวานและไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุทธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้ความรู้ประชาชนถึงที่บ้าน พร้อมทั้งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานทั้งเรื่องสาเหตุ อาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการดูแลตนเอง ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน โดยให้มีการรับปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพและบริการสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง ทางโทรศัพท์ระบบอัตโนมัติ ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ทำให้ประชาชนโดยทั่วไปได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จึงเกิดความตระหนักถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตน และนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.10 จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางด้านสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 – 54) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ทราบสาเหตุ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และพบตัวทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : 94 - 98) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิก โรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชพยาบาลและโรงพยาบาลรามารับดี พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ เขียวประมุข (2534 : 59-60) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธชินราช พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรพิศ ชีวะคำนวน (2535 : 62) ที่ศึกษาถึงสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมภาวะสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของผกามาต นามประดิษฐ์กุล (2536 : 96 -108) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า การมีแรงสนับสนุนจากภายนอก ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและน้อย และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย อาจเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล ดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้สึกว่าเป็นโรคที่รุนแรง ซึ่งมีผลทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเงินหรือแรงงาน จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเครียดมีความรู้สึกว่าเป็นโรคที่มีคุณค่า รับรู้ว่าตนเอง

ยังเป็นคนที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม มีคนให้ความรัก เอาใจใส่ดูแล ยอมรับ มีความหวัง มีความรู้สึกปลอดภัยและสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การ มีพฤติกรรมอนามัยที่ดี อีกทั้งได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่ง สิ่งต่างๆ ที่ได้รับเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ดังนั้นปัจจัย ด้านการสนับสนุนสนับสนุนทางสังคม จึงมีผลต่อการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี การสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิก เบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานีครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน

โรงพยาบาลปทุมธานี มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และควรมีการพัฒนาให้มีการพัฒนาให้อยู่ ในระดับที่ดียิ่งขึ้นและต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเสริมในเรื่องของรูปแบบและสื่อการสอน จัดให้มีการ สอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มอย่างมีระบบมากขึ้น เน้นเนื้อหาในเรื่องต่างๆ เช่น ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมกับทุกๆ คนในสังคม การลดหรือเพิ่ม ปริมาณยาเองตามอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ

2. ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน

โรงพยาบาลปทุมธานี มีการศึกษาอยู่ในระดับดี แต่มีผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาน้อย ผู้ป่วยที่จบระดับประถมศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาจำนวนมาก จึงควรจัดบริการให้คำแนะนำ ปรีกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมโรคหรือจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เสริมสร้างความรู้ให้ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำเกิดการเรียนรู้ได้ง่าย และจัดทีมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนให้ รู้จักดูแลตนเอง และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

3. อาชีพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล ปทุมธานี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มแม่บ้าน/พ่อบ้าน ฯ มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แต่มีผู้ป่วยบาง อาชีพที่ไม่สามารถมารับการตรวจตามแพทย์นัดได้ เช่น อาชีพรับจ้าง ค้าขาย หรือธุรกิจ เป็นต้น จึงควรจัดทำโครงการคลินิกเบาหวานนอกเวลาราชการเพื่อบริการตรวจรักษาพยาบาลให้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาชีพเหล่านี้ และจัดทำโครงการบริการให้คำปรึกษาในเรื่องโรค และ การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกิดขึ้นที่บ้าน

4. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิก

เบาหวาน อยู่ในระดับมาก แต่มีผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนระดับปานกลาง 83 คน จึงควรจัดทำโครงการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมให้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยโรคเดียวกัน เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน มีการชี้แนะ ติดตามและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่ม ตลอดจนแรงสนับสนุนจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษา ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2536). นโยบายและเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (ฉบับที่ 1).
กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- กรมการแพทย์. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. (2538). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
พ.ศ. 2538 และแนวโน้มมาตรการการแก้ไข. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- กรองจิตร ชมสมุท. (2535). ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ
ตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2539). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
พ.ศ. 2538 และแนวโน้มมาตรการการแก้ไข. กรุงเทพฯ : กระทรวงฯ.
- กาญจนา บุญทับ. (2534). ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความ
สามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา ประสานปราน. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน .
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กอบแก้ว คุดตวัธ. (2527). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของ
ผู้ป่วยโรคไตปอดจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ
: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกศินี ไชนิล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- จลี เจริญสรรพ. (2538). รายงานการวิจัยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำใน
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- จินตนา รอดนำพา. (2535). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรณัฐ สมโชค. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑารัตน์ กัมพลานนท์. (2540). ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชาญชัย เรืองขจร. (2540). วิชาหลักและวิธีการด้านสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาการพิมพ์.
- เดือนทิพย์ ศิริวงศ์ไผ่ชาติ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดิเรกธรรณ โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงพล ผุดผาด. (2541). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เทพ หิมะทองคำ และคนอื่นๆ. (2540). ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด.
- เทพพล เกษมรัตน์. (2535). เบาหวานกับการรักษา. กรุงเทพฯ : รุ่งแสงการพิมพ์.

- ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. (2532 , เมษายน – กันยายน). “ การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ , ” *ข่าวสุขศึกษา*. 4(2) : 38-43.
- น้อมจิตต์ สกกุลพันธ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2538). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต
- บุญทิพย์ สิริธรรังศรี. (2538). *ผู้ป่วยเบาหวาน : การดูแลแบบองค์รวม*. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : ศูนย์อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). “ จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข , ” ใน *เอกสารการสอนวิชาสังคมวิทยาการแพทย์*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- บุศรา เกิดพึ้งบุญประชา. (2534). *แนวความคิดอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุษบา ดันดิศักดิ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. (2535). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : การศึกษาเชิงมนุษย์วิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (มนุษยวิทยาประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กรณสูตร. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). “ พฤติกรรมสุขภาพ , ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : หจก.ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- _____. (2532). *ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- _____. (2537). *การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์
- ปิยนุช ปัญญาธิระ. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพและสภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.

- ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล. (2536). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- พรพิศ ชีวะคำนวน. (2535). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมภาวะสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- พัฒน์ สุจำนงค์. (2522). สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์
- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2542). คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพฯ : วิจัยพาณิชย์และการพิมพ์.
- มัลลิกา มัตติโก. (2530). “แนวคิดและพัฒนาของการดูแลสุขภาพตนเอง,” ใน การดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะ ทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : แสงแดด.
- มุกดา สำนวนกลาง. (2534 , มกราคม – เมษายน). “ การดูแลสุขภาพตนเอง : กระบวนการและกลวิธีเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเอง,” ใน การพยาบาล . 8 (1) : 23 – 36.
- รวมพร คงกำเนิด. (2536). แบบแผนการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 . กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- รังสรรค์ วรวงศ์ และคนอื่น ๆ. (2541). "ปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชนบท," ใน เอกสารประกอบการประชุมสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 9. หน้า 165-166. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- ลัดดาวัลย์ ราชวิทิตกุล. (2538). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*. วิทยานิพนธ์. วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. (2538). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น
- วนิดา ชุกลิน. (2534). *ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ). (2539). *การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- วลัย อินทร์มรรย. (2526). "อาหารกับโรคเบาหวาน," ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค* หน่วยที่ 1 – 7. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.
- _____. (2528). *โภชนาการกับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : ศูนย์การพิมพ์.
- _____. (2532). *อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เลื่องเชียง.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2542 , มีนาคม). "การพยาบาลโรคเบาหวาน," *การดูแลและรักษา กลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต*. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ศุภาวดี วายุเหือด. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ไศภาพรรณ วิมลรัตน์. (2537). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัด สมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร
- สนิท พิงสาย. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการ ตนเองของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วีเจ. พรินติ้ง.
- _____. (2537). การดูแลตนเอง เอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วีเจ. พรินติ้ง.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และ กันยา กาญจนบุรานนท์. (2532). “ การศึกษาถึงสุขภาพ, ” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7 . พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี : โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2539). “ แนวคิดหลักของการสุขศึกษา, ” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษา หน่วยที่ 1 – 7. นนทบุรี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมทรง รัชเฝ้า. (2535, สิงหาคม). “ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในการพัฒนางาน สาธารณสุขมูลฐาน , ” ข่าวการดูแลสุขภาพตนเอง. 7(4) : 10-11
- สาธิต วรรณแสง. (2533). โรคเบาหวานและการรักษา. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สิรินทร์ ศาสตราณักรัษ์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
- สุนทร ดัชนีพันธ์ และวลัย อินทร์มรรย. (2532). *คู่มือโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : ศุภานิชการพิมพ์.
- สุนทร ดัชนีพันธ์ และคนอื่นๆ . (2535). *คู่มือโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : ศุภานิชการพิมพ์.
- สุนทรา หิรัญวรรณ. (2538). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาล แก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมณฑา เสรีรัตน์. (2539). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : อรุณสิลปครีเอชั่น.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2532). *ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป 2*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2535). *ประสิทธิผลการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวรรณี เจริญพิชิตนันท์. (2532). *การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลิดสิน การสืบหาและกลวิธีในการแก้ปัญหา*. วิทยานิพนธ์ ภส.ม. (เภสัชศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2539). *แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 – 2544 ประจำปีงบประมาณ 2540*. กรุงเทพฯ : สำนักงานฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2535). *รายงานการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสถิติประเทศไทย. (2542). *ประมวลสถิติรายปีประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : ครุสภา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2536). *การจำแนกประเภทอาชีพ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานฯ.
- _____. (2542). *การจำแนกประเภทการศึกษา*. กรุงเทพฯ : สำนักงานฯ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2543). *รายงานประจำปีของโรงพยาบาลปทุมธานี ปีงบประมาณ 2543*. ปทุมธานี : โรงพิมพ์ปทุมสัมพันธ์.

- อรชร ศรีโตร์ลั่น. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล. ปรินทูนินท์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อารมณ วุฒิพฤษ และคณะ. (2529 – 2530). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์ เขียวประมุข. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉรียา ปทุมวัน. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Anderson, R.E. & I.E. Carter. (1974). *Human Behavior in the Social Environment*. Chicago : Aldine Publishing Company.
- Aymanns,P.S.H.(1995,March). " Family Support and Coping with Cancer : Some Determinants and Adaptive Correlates Special Issue : Social Psychology and Health," *British Journal of Social Psychology*. 34 (1) : 107-124.
- Barrera, J.M. (1982). " Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents Issues, " In *Social Network and Social Support*. Edited by B.H. Gottlib. p. 69 – 96. London : SAGE Publication.
- Berkman, L.F. & Syme S.L. (1979,February). " Social Network, Resistance and Mortality : A nine Year follow up Study of Alameda County Resident ," *American Journal of Epidemiology*. 109(2) : 186 – 204.
- Blandy, & Williams, R.E. (1976). *Urology*. Oxford : Blackwell. Scientific Publications.
- Bloom, S.B. (1975). *Taxonomy of Education Objective, Hand Book I ; Cognitive Domain*. New York : David Mc. Kay Co., Inc.
- _____. (1975). *Taxonomy of Education Objective, Hand Book II ; Cognitive Domain*. New York : David Mc. Kay Co., Inc.
- Brown, J.P. & M.A. Mc Greedy. (1986, December). " The Hale Elderly : Health Behavior and its Correlates ," *Research in Nursing and Health*. 5(2) : 9.
- Brown, M.A. (1986, February). " Social Support, Stress & Health : A Dimensional or Construct.," *Nursing Research*. 35(2) : 72 – 76.

- Cobb, S. (1976, September – October). " Social Support as a Moderator for Life Stress," *Psychosomatic Medicine*. 38 (5) : 300 – 301.
- Cockerham, W.C. (1982). *Medical Sociology*. 2nd ed. New Jersey : Engle Wood Cliffs : Prentice – Hall Inc.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985, February). " Stress Social Support and The Buffering Hypothesis , " *Psychological Bulletin*. 98 (3) : 310 – 353.
- Cronbach, L.J. (1970). *Essentials of Psychology Testing*. 3rd ed. New York : Herper & Row.
- Dimon, M. & Jone, S.L. (1983). *Chronic Illness Across The Life Span*. Connecticut : Appleton – Century Crofts.
- Gothieb, B.H. (1985, Spring). " Social Network and Social Support : An Over View of Research. Practice and Policy Implication ," *Health Education Quarterly*. 12 (1) : 5 – 22.
- Hubbard, P., A.F. Muhlenkamp & N. Brown. (1984, September – October). " The Relationship between Social Support and Self – care Practices," *Nursing Research*. 33 (5) : 266 – 268.
- Kahn, R.L. (1979). "Aging and Social Support," *Aging from Birth to Death : Interdisiplinary Perspectives*. Boulder, Colo : Westview Press.
- Kaplan, B.H. , J.C. Cassel & S. Gore. (1977, May). " Social Support and Health," *Medical Care*. 15 (5) : 50 – 51
- Kasl, S.V. & Cobb, S. (1996). " Health Behavior, Illness Behavior," *Archive Environmental Health*. 12 (3) : 246 – 264.
- Kleinman (1980). *Patients and Healers in the Coutent of Culture*. California : I University of California Press.
- Kroger, A. (1983 , March). " Anthropological and Social medicine Health Care Research in Developing countries," *Social science Medicine*. 170 (3) : 147 – 161 .
- Langlie, J.K. (1977,September). " Health Behavior and Preventive Health Behavior, " *Journal of Health and Social Behavior*. 18 (3) : 244-260.
- Levin, L. (1976). " The Laperson as the Primary Care : Practitioner, " *Public Health Report*. New York : Mc. Grow - Hill Book Co.

- Lohn, Christina. (1996, October). "Prevention of Non – Insulin - Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) Among the Southern Cheyenne : An Analysis of Its Prevalence , Risk Factors and Initial Treatment Among Full – Blood Indians," *Dissertation Abstracts International*. 57 (4) :1709 – A.
- Muhlenkamp,A.F.&Sayles,J.A.P. (1988,July). " Health Beliefs Health Value and Positive Health Behaviors, " *Western Journal of Nursing Research*. 10 (3) : 334-338.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing : Concept of Practice*. 3rd ed. New York : Mc. Graw – Hill Book Co.
- _____. (1985) *Nursing : Concept of Practice*. 4rd ed . St. Louis :Mosby - Year Book Co.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. California : Appleton and Lange.
- Pilisuk. M (1982, January). " Delivery of Social Support : The Social Inoculation," *American Journal Orthopsychiatry*. 52 (1) : 20 – 30.
- Schaefer, L.C. and others. (1986, March – April). " Supportive and Nonsupportive Family Behaviors : Relationship to Adherence and Metabolic Control in Persons with Type I Diabetes ," *Diabetes Care*. 7(2) : 179 – 185.
- Sharp, Ross & Cockerham. (1983 ,April). " Symptoms, Beliefs and Use of Physician Services among the Disadvantaged ," *Journal of Health and Social Behavior*. 24 (2) : 255 – 263.
- Thoits, P.A. (1982, June). " Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," *Journal of Health and Social Behavior*. 23 (2) : 145 – 149
- Tilden, V.P. (1985, June). " Issues of conceptualization and Measurement of Nursing Theory , " *Research in Nursing and Health*. 8 (3) : 199 - 206.
- Tilden, V.P. & Weinert, C. (1987, April). " Social Support and the chronically ill individual," *Nursing Clinics of North America*. 22 (2) : 613 – 629.
- Yamane, Taro, (1968). *Statistics – An Introductory Analysis*. 2nd ed.. New York : Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิลวัฏระเวที รองศาสตราจารย์ระดับ 8
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี รองศาสตราจารย์ระดับ 8
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ สินเสถียรพร นายแพทย์ระดับ 8
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลปทุมธานี
4. คุณอุบล บุญรอด พยาบาลวิชาชีพ 7
หัวหน้ากลุ่มงานคลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปทุมธานี
5. คุณสมร ละเอียด พยาบาลวิชาชีพ 7
พยาบาลคลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปทุมธานี

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๕๕๗/๔



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา โคษะนันท์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ รัชชมางกูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ นายแพทย์สมศักดิ์ สิ้นเสถียรพร นางอุบล บุญรอด พยาบาลวิชาชีพ ๗ และ นางสาวสมร ละเอียด พยาบาลวิชาชีพ ๗ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวจันทิมา โคษะนันท์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๖๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. ๕๙๒๖, ๕๖๔๖

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๒๕๙๕

วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา โคษะนันท์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวจันทิมา โคษะนันท์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม 1012/ ๕ 433

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕๖ มิถุนายน 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา โคษะนันท์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ รัชมางกูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2544

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจันทิมา โคษะนันท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/ ๔๖15

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๙ กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา โคชะนันท์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิวิธา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 316 คน ตอบแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2544

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจันทิมา โคชะนันท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี และนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความรู้ ความคิดเห็น และความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด เพียง 1 คำตอบเท่านั้น และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

4. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ โดยไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

จันทิมา โดษะนันท์

นิสิตปริญญาโท เอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

8. ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวานของท่าน

- () น้อยกว่า 1 ปี
 () 1 ปี – 5 ปี
 () 6 ปี – 10 ปี
 () มากกว่า 10 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้ง หรือสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นครั้งคราว หรือไม่สม่ำเสมอ

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความได้

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นครั้ง คราว	ไม่เคย ปฏิบัติ
1	ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
2	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			
3	ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ			
4	ท่านใช้น้ำมันหมูปรุงอาหาร			
5	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 – 10 แก้ว			
6	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์			
7	ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
8	ท่านนอนหลับพักผ่อนในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
9	ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง			
10	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง			
11	ท่านมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น			
12	ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น			

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็น ครั้งคราว	ไม่เคย ปฏิบัติ
13	ท่านดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายโดยการ อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง			
14	ท่านซั้่งน้ำหนักตัวเดือนละ 1 ครั้ง			
15	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับทุก ๆ คนในสังคม			
16	ท่านร่วมงานสังคมต่าง ๆ ได้อย่างปกติโดยไม่ ก่อความรำคาญให้กับผู้อื่น			
17	ท่านพยายามที่จะรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นได้ อย่างมีเหตุผล			
18	ท่านงดรับประทานขนมหวาน จะสามารถควบคุม น้ำตาลในเลือด			
19	ท่านลดหรือเพิ่ม ปริมาณยาเองตามอาการที่ ท่านรู้สึกว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ			
20	ท่านสนใจติดตามข่าวสาร จากรายการวิทยุ โทรทัศน์ เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแล สุขภาพตนเองอยู่เสมอ			
21	ท่านตรวจน้ำตาลในเลือดเดือนละ 1 ครั้ง			
22	ท่านดูแลรักษาเท้าด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้ง			
23	ท่านพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์และพยาบาล เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อน			
24	ท่านมักจะพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพตนเองขณะรอตรวจรักษาที่โรง พยาบาล			
25	ท่านพยายามที่จะช่วยเหลือตนเองเมื่อ เวลาเจ็บป่วย			

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย X ทับบนข้อ ก , ข , ค หรือ ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของคนปกติ มีค่าเท่าไร
 - ก. 30 – 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - ข. 80 – 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - ค. 160 – 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - ง. 300 – 400 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
2. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเท่าไร จึงถือว่าเป็นอันตราย
 - ก. มากกว่า 30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - ข. มากกว่า 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - ค. มากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - ง. มากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
3. โรคเบาหวานเกิดจากการขาดฮอร์โมนอะไร
 - ก. เอสโตรเจน
 - ข. โปรแลคติน
 - ค. โปรเจสเตอโรน
 - ง. อินซูลิน
4. โรคเบาหวาน เป็นโรคที่ติดต่อได้โดยทางใด
 - ก. พันธุกรรม
 - ข. ไอ จาม รดกัน
 - ค. ทางน้ำ
 - ง. ทางอาหาร
5. การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีลักษณะใด
 - ก. รับประทานอาหารน้อยลง
 - ข. รับประทานอาหารปกติ
 - ค. รับประทานอาหารจุ หิวบ่อย
 - ง. ไม่รับประทานอาหาร

6. ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอะไร
 - ก. นิ้วในทางเดินปัสสาวะ
 - ข. โรคกระดูกและข้อเสื่อม
 - ค. ระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมสภาพ
 - ง. โรคกระเพาะอาหาร
7. ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการอย่างไร
 - ก. ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย
 - ข. เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ อ่อนเพลีย หิวบ่อย
 - ค. ปวดท้อง อาเจียน อ่อนเพลีย
 - ง. ชาตามปลายมือปลายเท้า ชัก
8. ข้อใดกล่าวถึงการรักษาได้ถูกต้อง
 - ก. โรคเบาหวานรักษาไม่หายขาด
 - ข. โรคเบาหวานรักษาหายขาด
 - ค. โรคเบาหวานรักษา 6 เดือนหาย
 - ง. โรคเบาหวานรักษา 1 ปี 6 เดือนหาย
9. ชนิดของยารักษาโรคเบาหวานมีอะไรบ้าง
 - ก. ยารับประทาน
 - ข. ยาฉีด
 - ค. ยารับประทานและฉีดยา
 - ง. ยาสูดกลอน
10. การรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยควรยึดหลักปฏิบัติข้อใด
 - ก. รับประทานยาเมื่อมีอาการผิดปกติ
 - ข. รับประทานยาหรือฉีดยาตามที่แพทย์กำหนด
 - ค. เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง
 - ง. หยุดรับประทานยาเอง
11. ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาเบาหวาน ควรตรวจปัสสาวะอย่างน้อย สัปดาห์ละกี่ครั้ง
 - ก. 1 – 2 ครั้ง
 - ข. 2 – 3 ครั้ง
 - ค. 4 – 5 ครั้ง
 - ง. 6 – 7 ครั้ง

12. เครื่องดื่มประเภทใดที่ผู้ป่วยเบาหวาน ควรหลีกเลี่ยง
 - ก. น้ำอัดลมที่ใช้น้ำตาลเทียม
 - ข. ชา กาแฟ ที่ไม่เติมน้ำตาลหรือนมข้นหวาน
 - ค. น้ำเปล่า
 - ง. น้ำหวาน โอเลี้ยง
13. การรับประทานอาหารมากจะทำให้เกิดอะไร
 - ก. น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น
 - ข. น้ำตาลในเลือดต่ำลง
 - ค. น้ำตาลในเลือดอยู่ในภาวะปกติ
 - ง. ความดันโลหิตสูงขึ้น
14. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาเพื่ออะไร
 - ก. จะได้ไม่หิว
 - ข. ป้องกันโรคกระเพาะอาหาร
 - ค. ช่วยปลูกฝังสุขนิสัยที่ดี
 - ง. ช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ให้สม่ำเสมอ
15. การออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างไรต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - ก. ช่วยลดน้ำตาลและไขมันในเลือด
 - ข. ช่วยลดไขมันในเลือดและรับประทานอาหารหวานได้
 - ค. ช่วยให้ยาเม็ดรักษาเบาหวานออกฤทธิ์ดีขึ้น
 - ง. ช่วยให้รับประทานอาหารน้อยลง
16. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่ครั้ง
 - ก. 1 ครั้ง
 - ข. 2 ครั้ง
 - ค. 3 ครั้ง
 - ง. 4 ครั้ง
17. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรออกกำลังกายเวลาใด
 - ก. ก่อนอาหาร
 - ข. ขณะรับประทานอาหาร
 - ค. หลังรับประทานอาหาร
 - ง. ก่อนนอน

18. ถ้าแพทย์สั่งให้ท่านรับประทานยาเม็ดรักษาโรคเบาหวาน 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า
 - ก. รับประทานยาก่อนอาหาร 5 นาที
 - ข. รับประทานยาก่อนอาหาร 10 นาที
 - ค. รับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาที
 - ง. รับประทานยาก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง
19. เมื่อท่านลืมรับประทานยารักษาโรคเบาหวานท่านควรปฏิบัติอย่างไร
 - ก. รับประทานยาทันทีที่นึกได้
 - ข. รับประทานยาร่วมกับยาก่อนอาหารของมือถัดไปในวันนั้น
 - ค. ปลืดย่อยตามเลย
 - ง. หยุดรับประทานยาทุกมื้อในวันนั้น
20. ถ้าผู้ป่วยมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้าควรปฏิบัติอย่างไร
 - ก. แช่น้ำร้อน
 - ข. ออกกำลังกายทุกวัน
 - ค. ใช้ถุงเท้าที่รัดด้วยยางยืดให้แน่น
 - ง. ใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบ
21. ผู้ป่วยเบาหวาน ควรปฏิบัติตัวอย่างเพื่อให้มีสุขภาพดี
 - ก. รับประทานอาหารและนอนพักผ่อน
 - ข. ทำงานหนัก เพื่อให้ได้เงินมารักษาตัว
 - ค. ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายเป็นประจำ
 - ง. การรับประทานอาหารยานอนหลับ เพื่อให้พักผ่อนเต็มที่
22. ถ้าท่านรู้สึกเหงื่อออก ใจสั่น หัวใจเต้นแรง คล้ายจะเป็นลมควรปฏิบัติอย่างไร
 - ก. รับประทานอาหาร
 - ข. รับประทานยารักษาโรคเบาหวาน
 - ค. นอนพักผ่อน
 - ง. อมท็อฟฟี่หรือน้ำตาลก้อน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่เป็นความจริงเลย

ลำดับ	ข้อความ	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปานกลาง	ไม่เป็นจริง เลย
1	ท่านได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว			
2	ท่านมีคนที่สามารถไว้วางใจ และพูดคุยปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้			
3	คนในครอบครัวคอยสนใจดูแลท่านเมื่อท่านไปพบแพทย์			
4	คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจและปลอดภัย			
5	คนในครอบครัวไม่ทำให้ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว			
6	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต ไม่อยากรักษาโรคเบาหวาน			
7	หากมีอันตรายหรือเกิดอันตรายกับท่าน ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างท่าน			
8	ญาติพี่น้องสนใจถามถึงสุขภาพของท่าน			
9	คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องการทานยา			
10	คนในครอบครัวสนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน			
11	คนในครอบครัวคอยเตือนท่านเรื่องไปรับการตรวจตามแพทย์นัด			
12	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านหมั่นสังเกตอาการที่ผิดปกติของตนเอง			
13	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่			
14	คนในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนเมื่อพบว่าท่านละเลยการดูแลตนเอง			
15	คนในครอบครัวคอยดูแลและระมัดระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน			
16	เมื่อท่านมีปัญหาทางการเงิน คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือท่านเสมอ			

ลำดับ	ข้อความ	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปานกลาง	ไม่เป็นจริง เลย
17	เมื่อท่านขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และสิ่งอื่น ๆ คนในครอบครัวช่วยเหลือท่าน			
18	ท่านได้รับความสะดวกในการไปรับการตรวจรักษาโรค และได้รับการช่วยเหลืออื่นจากคนในครอบครัว			
19	คนในครอบครัวช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน			
20	คนในครอบครัวแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ท่านหายป่วยมา บอกแก่ท่าน			
21	คนในครอบครัวให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			
22	คนในครอบครัวสอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของท่าน จากแพทย์หรือพยาบาล และนำมาให้คำแนะนำแก่ท่าน			
23	เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยคนใน ครอบครัวสามารถช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้แก่ท่าน			
24	คนในครอบครัวคอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องซึ่งเป็นประโยชน์แก่การดำเนินชีวิตของท่านมาก			
25	แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของ การรักษาแก่ท่าน			
26	คนในครอบครัวนำหนังสือและเอกสารความรู้ใหม่ๆมาให้ ท่านอ่าน			
27	คนในครอบครัวแนะนำแหล่งความรู้แก่ท่าน			
28	คนในครอบครัวแนะนำให้ท่านได้พูดคุยกับผู้ที่มีความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน			

ภาคผนวก ง

คุณภาพของเครื่องมือ

ค่าความยากง่าย อำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.80	0.34
2	0.80	0.36
3	0.80	0.34
4	0.80	0.37
5	0.80	0.40
6	0.80	0.38
7	0.79	0.48
8	0.79	0.49
9	0.80	0.31
10	0.80	0.42
11	0.80	0.29
12	0.80	0.31
13	0.80	0.31
14	0.80	0.30
15	0.80	0.38
16	0.80	0.39
17	0.80	0.29
18	0.80	0.39
19	0.80	0.30
20	0.80	0.30
21	0.80	0.29
22	0.79	0.48

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.81

ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถามการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของการดูแลตนเอง	ค่าอำนาจจำแนกของการสนับสนุนทางสังคม
1	0.22	0.35
2	0.32	0.48
3	0.36	0.37
4	0.20	0.60
5	0.21	0.26
6	0.23	0.36
7	0.23	0.47
8	0.38	0.57
9	0.52	0.39
10	0.44	0.50
11	0.47	0.36
12	0.63	0.55
13	0.46	0.40
14	0.22	0.50
15	0.42	0.49
16	0.45	0.37
17	0.30	0.56
18	0.48	0.44
19	0.32	0.37
20	0.23	0.65
21	0.49	0.43
22	0.27	0.60
23	0.47	0.55
24	0.58	0.60
25	0.21	0.36
26		0.34
27		0.40
28		0.41

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.82

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.89

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ – ชื่อสกุล	นางสาวจันทิมา โดษะนันท์
วัน เดือน ปีเกิด	12 มิถุนายน 2507
สถานที่เกิด	อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	53/249 หมู่ 3 ตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11200
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถานีนอนามัยตำบลบางเตี๋ย 1 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 12000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2526	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนปทุมวิไล
พ.ศ. 2528	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี
พ.ศ. 2536	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2544	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ