

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ตุลาคม 2554

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ตุลาคม 2554
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ตุลาคม 2554

พชรรัตน์ ธรรมรักษา. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน, รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประยุกต์ตามทฤษฎีความสามารถแห่งตน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินและผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานวิจัยด้วยค่าที (t - test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือด ดีวก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดดีวก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการความสามารถแห่งตน สูงขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM APPLYING
SELF – EFFICACY THEORY IN DIABETES MELLITUS PATIENTS
AT HEALTH CENTER IN BANGKOK METROPOLITAN



Presented in Partial Fulfillment to the Requirements for the
Master of Science Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

October 2011

Paturatana Thammaraksa. (2011). *The Effectiveness of Health Education Program Applying Self – Efficacy Theory in Diabetes Mellitus Patients at Health Center in Bangkok Metropolitan*. Master thesis, M.sc. (Health Education). Bangkok: Graduate school, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist. Prof.Dr.Kamonmarn Virutsetazin, Assoc. Prof.Dr.Krithakorn Pratumvong.

This quasi – experimental research was to examine the effectiveness of health education program applying self – efficacy theory on self care in diabetes mellitus patients at health center in Bangkok metropolitan. The samples were patients at diabetes mellitus clinic and were selected by purposive sampling. Thirty of them were selected as an experiment groups while the other thirty were selected as a comparison groups. The experimental group conducted by the researcher whereas the comparison group received conventional health education. Data were gathered by using a self administrated questionnaire and fasting blood sugar test. The data were analysis through percentage, arithmetic mean, standard deviation, t – test dependent and t – test independent.

The results were as follows:

1. After receiving the health education program, the experimental group had better mean scores of knowledge on self care, perceive self – efficacy, self efficacy behavior and fasting blood sugar better than before receiving program with statistical significant at .05 level.
2. After receiving the health education program, the experimental group had mean score of knowledge on self care, perceive self – efficacy, self efficacy behavior and fasting blood sugar better than the comparison group and had difference mean score of perceive self – efficacy and self efficacy behavior increase more than the comparison groups with statistical significant at .05 level.

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเป็นเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ท่านทั้งสองได้เสียสละ เวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจน การทำปริญญานิพนธ์ ด้วยการเอาใจใส่และเมตตาต่อผู้วิจัยเป็นอย่างดี ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้สำเร็จ สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับความอนุเคราะห์จากผู้บริหาร เจ้าหน้าที่พยาบาล ศูนย์บริการ สาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และอาจารย์ ดร.อนันต์ มลารัตน์ กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ที่แต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้ให้คำแนะนำ และ ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงปริญญานิพนธ์ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การสร้างเครื่องมือได้รับความอนุเคราะห์จากรองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา อาจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ อาจารย์อมรา กันยวิมล อาจารย์ ดร.อนงค์ หาญสกุล นางสุดา อิศรากร ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตลอดจนให้ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข ข้อบกพร่องของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาสุขศึกษา รวมถึงครูบา อาจารย์ของผู้วิจัยทุกท่านที่ได้ร่วมกันประสิทธิ์ประสาทวิชา ให้คำแนะนำที่ดียิ่ง และมอบความ ห่วงใยเสมอมาโดยตลอดตั้งแต่ในชั้นเรียนจนจบกระบวนการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานที่กองกิจการนิสิตทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ มอบพลังใจ แลกเปลี่ยนความรู้ ความรู้สึกทั้งสุขและทุกข์มาตลอดระยะเวลาในการ ทำวิจัยด้วยดีเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ท่านทั้งสองเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ในเรื่อง การศึกษา และบุคคลในครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นแรงใจในการศึกษาต่อระดับปริญญาโท และอยู่ เบื้องหลังความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

คุณค่าทั้งหมดที่เกิดจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมรำลึกและบูชาพระคุณแก่บิดา มารดา และผู้มีพระคุณของผู้วิจัยทุกๆ ท่านทั้งที่ได้กล่าวถึงและไม่ได้กล่าวถึงมา ณ ที่นี้ด้วย ที่อยู่ เบื้องหลังในการวางรากฐานความสำเร็จให้กับผู้วิจัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

พชรรัตน์ ธรรมรักษา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
ความสำคัญของการวิจัย	3
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
ตัวแปรที่ศึกษา	4
นิยามคำศัพท์เฉพาะ	5
กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย	7
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	9
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	9
ทฤษฎีความสามารถแห่งตน	20
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้	26
แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	35
งานวิจัยในต่างประเทศ	35
งานวิจัยภายในประเทศ	37
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	40
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	40
รูปแบบการทดลองและแบบแผนของการศึกษาค้นคว้า	43
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	44
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	47
การดำเนินการทดลอง	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	51
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	69
วิธีดำเนินการวิจัย	70
สรุปผลการวิจัย	71
การอภิปรายผล	71
ข้อเสนอแนะ	77
บรรณานุกรม	79
ภาคผนวก	85
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญ	86
ภาคผนวก ข แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา	88
ภาคผนวก ค สื่อประกอบการจัดกิจกรรมสุขศึกษา	107
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและผลการเก็บรวบรวม ข้อมูล	131
ภาคผนวก จ รูปภาพกิจกรรมโครงการครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4	136
ประวัติย่อผู้วิจัย	143

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง	24
2 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา	49
3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะประชากรของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่ม เปรียบเทียบ จำนวน 30 คน	58
4 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่ม เปรียบเทียบ จำนวน 30 คน	60
5 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม จำแนกตามระดับความรู้ การรับรู้ความ สามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือด	62
6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม ภายในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน	64
7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน	66
8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน	67

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	7
2	การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	22
3	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะ เกิดขึ้น	23
4	แบบการวิจัย	43
5	แผนการศึกษาค้นคว้า	44
6	กิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 1	137
7	กิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 2	138
8	กิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 3	140
9	กิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 4	142

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคเบาหวานจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญ จากสภาพการณ์ในปัจจุบัน พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มเป็นจำนวนมากจากจำนวนประชากรทั่วโลก ซึ่งจะเห็นได้ว่าสภาพสังคมไทยในปัจจุบันของประเทศไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยมีการตอบรับกระแสการเปลี่ยนแปลงในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การแข่งขันทางการตลาด การสื่อสาร การคมนาคม การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น และวิทยาการด้านต่างๆ มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีการแข่งขันเพื่อสร้างความมั่นคงในด้านรายได้และมีความเป็นวัตถุนิยมสูง รวมทั้งการหลั่งไหลของกระแสวัฒนธรรมตะวันตก จึงส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงพฤติกรรมทางสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การนิยมบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูปและอาหารจานด่วน (Fast Food) แบบตะวันตกมากขึ้น (สุรางค์ พันธุ์เยี่ยม. 2548: 1; อ้างอิงมาจากสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. 2546: 3) ซึ่งในอาหารเหล่านี้ส่วนประกอบส่วนใหญ่เป็นประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง หากมีการบริโภคอาหารสำเร็จรูปบ่อยครั้ง ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ จะส่งผลให้น้ำหนักของร่างกายเพิ่มมากขึ้น หรือมีภาวะเครียดอยู่ตลอดเวลา ละเลยการดูแลสุขภาพ สุขภาพบุหรื และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประกอบกับประเทศไทยมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่เจริญก้าวหน้า มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคอย่างจริงจัง มีการใช้ยาต้านจุลชีพและการให้ภูมิคุ้มกันโรคได้รับผลสำเร็จอย่างมาก ทำให้อุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดโรคติดต่อลดลง จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2546 – ปี 2550 พบว่า อัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อกลับเป็นปัญหาที่สำคัญและทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และโรคที่เป็นสาเหตุการป่วย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีอัตราการป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ โรคหัวใจ และอันดับสุดท้าย ได้แก่ โรคเบาหวาน

ในประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นสูงมาก จากปี 2528 มีอัตราการรับเข้าผู้ป่วยในเพียง 33.3 คนต่อประชากรแสนคน มาเป็น 250.3 คนต่อประชากรแสนคน นั่นคือ เพิ่มขึ้น 8 เท่าเพียงเวลา 15 ปี ทั้งนี้เนื่องจากการอนามัยโลก ได้คาดการณ์ประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย เดิมมีเพียง 1.5 ล้านคนในปี 2543 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.7 ล้านคนในปี 2537 แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้รายงานการลดลงอัตราการตายจากโรคเบาหวานจากเดิมอัตราตายที่ 13.2 คนมาเป็น 10.6 คนต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้เนื่องมาจากประสิทธิภาพการรักษาและมีการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่สูงขึ้น นอกจากนี้ได้มีการศึกษาอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มคนไทยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบว่ามีอัตราป่วยถึงร้อยละ 9.6 จากประชากร

ทั้งหมดที่ศึกษา จำนวน 2.4 ล้านคน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่เพิ่งพบครั้งแรกและเป็นผู้ป่วยใหม่มีร้อยละ 4.8 ที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากการไม่ปรากฏอาการโรคเบาหวาน หรือที่เรียกว่า Insulin Resistance ซึ่งพบว่าในรายงานการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ได้กล่าวว่าในบางคนจะไม่แสดงอาการโรคถึง 9 – 12 ปี ในขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ไม่สนใจที่จะดูแลรักษาเนื่องจากไม่ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวาน และพบว่ามีประมาณถึงร้อยละ 20 – 50 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งนำไปสู่ปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้มาก ผู้ป่วยเหล่านี้มักพบว่าตนเป็นเบาหวานต่อเมื่อมีอาการภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเกิดขึ้น ซึ่งเป็นจุดสำคัญทางการแพทย์ที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานใหม่ให้รวดเร็วขึ้น

จากรายงานของสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขปี 2542 – 2546 สาเหตุการตายด้วยโรคเบาหวานมีอัตราร้อยละ 11.4, 12.2, 13.2, 11.8 และ 10.4 ตามลำดับ นอกจากนี้กองสถิติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2553: 18) ได้มีการสำรวจอัตราการป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานปี 2546 – 2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4,286 , 5,256 , 6,127 , 8,976 และ 11,154 คน เพิ่มขึ้นทุกปี ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการเกิดโรคเบาหวานที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทยโรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ คนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปีตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (สุนทร ดันทนันทน์. 2552: 1) และมากขึ้นในทุกเพศทุกวัย แต่ผู้หญิงมีสถิติเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้ชาย ส่วนช่วงอายุ พบว่าป่วยเป็นโรคนี้มากที่สุด คือ 50 – 69 ปี และจากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2551 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่านับจากปี 2530 ซึ่งมีผู้ป่วยไม่ถึง 1 ล้านคน แต่ในปัจจุบันพบจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 3.2 ล้านคน โดยพบเด็กอายุน้อยที่สุดป่วยเป็นโรคเบาหวาน คือมีอายุเพียง 3 ขวบ คาดการณ์ว่าในปี 2568 จะพบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 4.7 ล้านคน และมีสถิติผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละกว่า 52,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข. 2551) และยังพบว่า จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยโดยรวมด้วยโรคเบาหวานจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และจากข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่เข้ารับบริการด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 346 คน และจากข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ จำนวน 226 คน ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว ยังมีผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นผู้ที่ป่วยมีระยะเวลาป่วยติดต่อกันนาน 10 ปี และบางคนยังมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาอีกด้วย

แม้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น อายุ เพศ และประวัติครอบครัว เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก แต่การควบคุมป้องกันและลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคเบาหวาน ทำได้โดยการปรับปรุงวิถีการดำเนินชีวิต อาทิ ควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดความอ้วน ควบคุมความดันโลหิตสูง แก้ไขภาวะไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ งดการสูบบุหรี่ งดหรือ

ลดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รักษาภาวะดีต่ออินซูลิน รับประทานยาให้สม่ำเสมอตามคำสั่งของแพทย์ และควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดให้อยู่ในระดับที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมความสามารถแห่งตนในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูง บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามตนตาม (Bandura, 1994) การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นปัจจัยภายในที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายซึ่งในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนประกอบด้วยแหล่งข้อมูล 4 แหล่งคือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา (Bandura) มาพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยการให้ข้อมูลเรื่องการรับรู้ความสามารถแห่งตน การถ่ายทอดประสบการณ์ของตัวแบบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประสบความสำเร็จ การสาธิตการทำข้าวยาปักซี่ได้ และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง และการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ความสามารถแห่งตน ก็ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ได้ในเรื่องการดูแลพฤติกรรมตนเอง จึงยอมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาการจัดรูปแบบการให้สุขศึกษา เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลทางสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการสนับสนุนพฤติกรรมความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ลดลงได้

4. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความสามารถแห่งตนในเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2 ศูนย์ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง จำนวน 346 คน และศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล จำนวน 226 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 2.2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
- 2.3 พฤติกรรมความสามารถแห่งตน
- 2.4 ระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ได้ประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เนื่องจากพฤติกรรมความสามารถแห่งตนครั้งนี้ ประกอบด้วยพฤติกรรมพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติดังกล่าวในทางบวกได้ไม่ซับซ้อน ดังนั้น โปรแกรมสุขศึกษาจึงได้ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมที่เสริมสร้างพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมความสามารถตนเองตามความมุ่งหมายของการวิจัย

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา

หมายถึง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังบริโภคอาหาร 8 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองตามความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

2. โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน

หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนมาใช้ในการกำหนดการจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การใช้ตัวแบบ การฝึกอารมณ์ให้ผ่อนคลาย

3. การรับรู้ความสามารถตนเอง

หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

4. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นเวลา 10 ปีขึ้นไป

5. ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง

หมายถึง ความสามารถในการจดจำหรือระลึกนึกได้ เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประเมินได้จากแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

6. พฤติกรรมความสามารถแห่งตน

หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

6.1 การรับประทานอาหาร

หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมดูแลปริมาณและประเภทของการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมให้ได้สารอาหารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ครบทั้ง 5 หมู่ โดยยึดหลักคุณค่าและปริมาณของอาหารที่บริโภคเป็นสำคัญ

6.2 การรับประทานยา

หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการรับประทานยาตามแนวทางการรักษา

6.3 การออกกำลังกาย

หมายถึง การกำหนดกิจกรรมให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที เพื่อให้ร่างกายสามารถนำพลังงานต่างๆ ไปใช้งานได้อย่างถูกต้อง

6.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

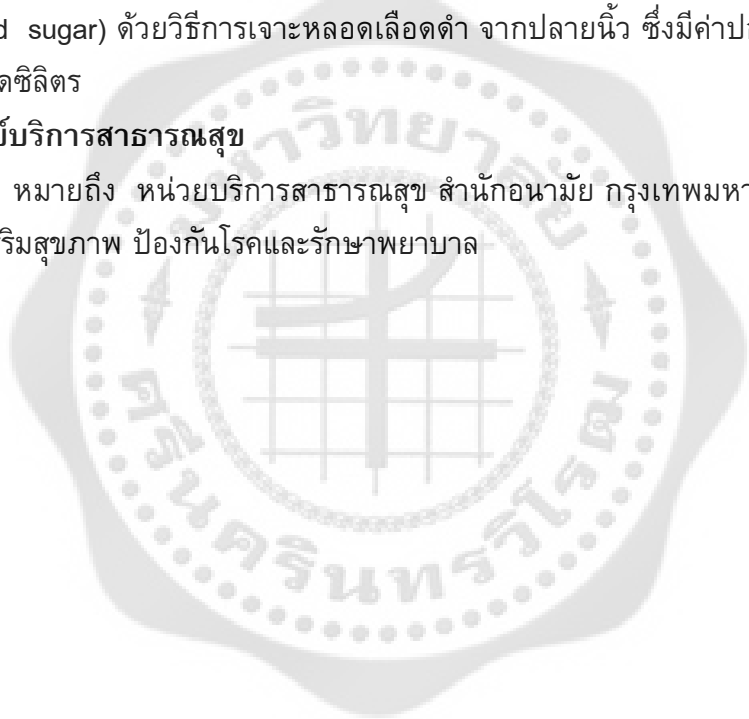
หมายถึง การปฏิบัติและหลีกเลี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดูแลเท้า และการพบแพทย์เพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดจากโรคเบาหวาน

7. ระดับน้ำตาลในเลือด

หมายถึง ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดการบริโภคอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) ด้วยวิธีการเจาะหลอดเลือดดำ จากปลายนิ้ว ซึ่งมีค่าปกติอยู่ระหว่าง 80 – 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

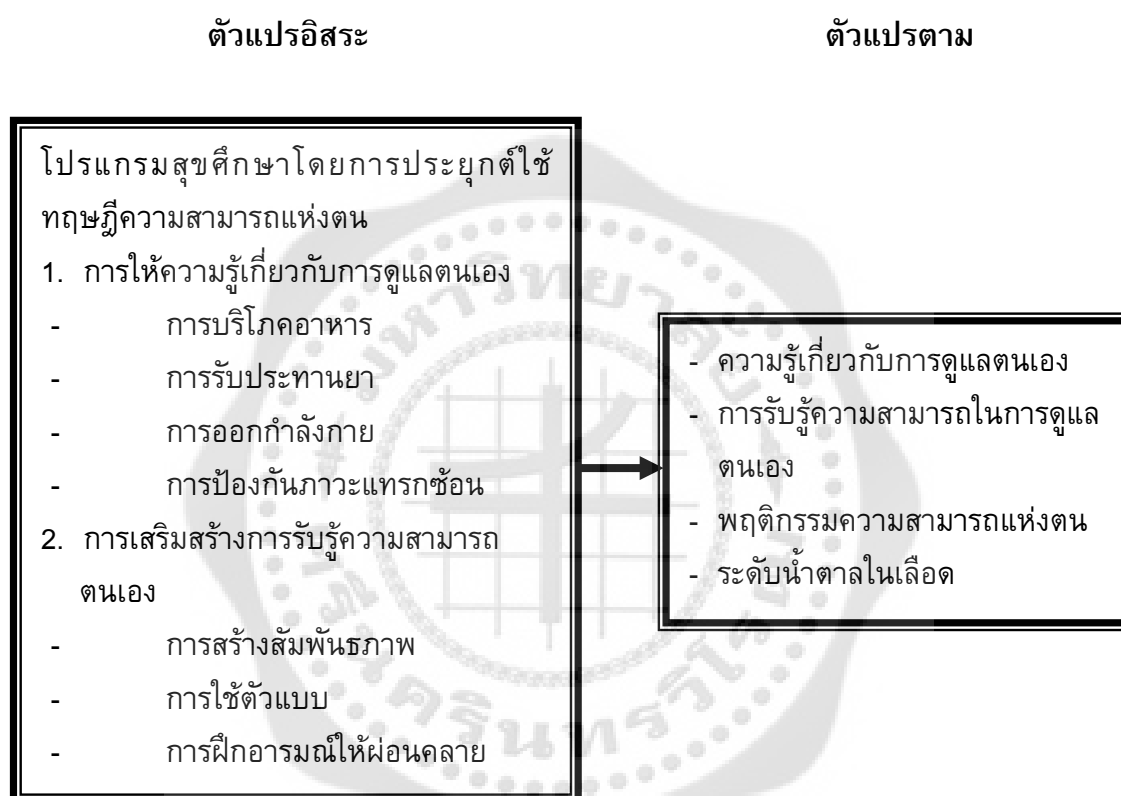
8. ศูนย์บริการสาธารณสุข

หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาล



กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง นำทฤษฎีความสามารถแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือด ดังแสดงในกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีระดับตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 1.2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 1.3 พฤติกรรมความสามารถแห่งตน
 - 1.4 ระดับน้ำตาลในเลือด
2. หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีระดับตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
 - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 2.2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.3 พฤติกรรมความสามารถแห่งตน
 - 2.4 ระดับน้ำตาลในเลือด



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 1.2 ทฤษฎีความสามารถแห่งตน
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา
 - 1.4.1 กลวิธีการให้สุขศึกษา
 - 1.4.2 การเลือกวิธีการให้สุขศึกษา
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยภายในประเทศ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus, DM) อันเป็นคำละติน มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกและคำว่า Diabetes แปลว่า น้ำพุ ส่วนคำว่า Mellitus แปลว่า น้ำผึ้ง ดังนั้นคำว่า Diabetes Mellitus จึงมีความหมายรวมว่า น้ำพุแห่งน้ำผึ้ง

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของขบวนการเผาผลาญอันส่งผลกระทบให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) หากร่างกายต้องเผชิญกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลัน (acute) และระยะเรื้อรัง (chronic) ตามมาได้ (พรรณราย เลอวัฒนกิจถาวร. 2550: ออนไลน์)

ประเภทของเบาหวาน เบาหวานสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ ที่มีอาการสาเหตุ ความรุนแรง และการรักษาต่างกัน ได้แก่

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin – dependent diabetes) เป็นชนิดที่พบได้น้อย แต่มีความรุนแรงและอันตรายสูง มักพบในเด็กและคนอายุต่ำกว่า 25 ปี แต่ก็อาจพบในคนสูงอายุได้ ตับอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้จะสร้างอินซูลินไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก เชื่อว่าร่างกายมีการสร้างภูมิต้านทานขึ้นต่อต้านทำลายตับอ่อนของตัวเอง จนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ ดังที่

เรียกว่า โรคภูมิแพ้ต่อตัวเอง หรือออโตอิมมูน (autoimmune) ทั้งนี้เป็นผลมาจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ร่วมกับการติดเชื้อหรือการได้รับสารพิษจากภายนอก

ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาการฉีดอินซูลินเข้าทดแทนในร่างกายทุกวัน จึงจะสามารถเผาผลาญน้ำตาลได้เป็นปกติ มิเช่นนั้น ร่างกายจะเผาผลาญไขมันจนทำให้ผ่ายผอมอย่างรวดเร็ว และถ้าเป็นรุนแรง จะมีการคั่งของสารคีโตน (Ketones) ซึ่งเป็นของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญไขมัน สารนี้จะเป็นพิษต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยหมดสติถึงตายได้รวดเร็ว เรียกว่า ภาวะคั่งสารคีโตน หรือคีโตซิส (Ketosis)

2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non – insulin dependent diabetes) เป็นเบาหวานชนิดที่พบเห็นกันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักจะมี ความรุนแรงน้อย มักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป แต่ก็อาจพบในเด็กหรือวัยรุ่นหนุ่มสาวได้บ้าง ตับอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้ยังสามารถสร้างอินซูลินได้ แต่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงทำให้มีน้ำตาลที่เหลือใช้กลายเป็น เบาหวานได้ ผู้ป่วยชนิดนี้ยังอาจแบ่งเป็นพวกที่อ้วนมากๆ กับพวกที่ไม่อ้วน (รูปร่างปกติ หรือผอม) สาเหตุอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ อ้วนเกินไป มีลูกตก จากการใช้ยา หรือพบร่วมกับโรคอื่นๆ ผู้ป่วยมักไม่เกิดภาวะคีโตซิสเช่นที่เกิดกับชนิดพึ่งอินซูลิน การควบคุมอาหาร หรือการใช้ยา เบาหวานชนิดกิน ก็มักจะได้ผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ หรือบางครั้งถ้าระดับน้ำตาลสูงมากๆ ก็อาจต้องใช้อินซูลินฉีดเป็นครั้งคราว แต่ไม่ต้องใช้อินซูลินตลอดไป จึงถือว่าไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

ชนิดของโรคเบาหวาน เบาหวานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes) พบประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด โดยส่วนใหญ่มักเป็นในเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี รูปร่างผอม เกิดจากมีการทำลายเซลล์ของตับอ่อนทำให้ร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลินอย่างมาก เบาหวานชนิดนี้ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน

เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) พบประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบส่วนใหญ่ในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี รูปร่างอ้วน กลไกเกิดจากการขาดอินซูลิน (แต่ขาดอินซูลินไม่มากเท่าชนิดที่ 1) ร่วมกับการดื้อต่ออินซูลิน

เบาหวานชนิดอื่นๆ ได้แก่ เบาหวานที่เกิดจากโรคตับอ่อนอักเสบ เบาหวานจากการได้รับยา เช่น ยาสเตียรอยด์ เป็นต้น

อาการของโรคเบาหวาน

ในภาวะปกติหากระดับน้ำตาลในเลือดสูงไม่เกิน 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่สามารถเก็บกักน้ำตาลในร่างกายได้ แต่ถ้าสูงกว่าระดับนี้ น้ำตาลจะถูกขับออกมาในปัสสาวะ โดยดึงน้ำ

และเกลือแร่ตามออกมา ทำให้มีอาการ **ปัสสาวะบ่อย ทิวน้ำบ่อย กินเก่ง** เพื่อทดแทนพลังงานที่เสียไป และ **น้ำหนักลดลง** เนื่องจากพลังงานที่เสียมีมากกว่าที่รับประทาน

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน การวินิจฉัยโรคเบาหวาน สามารถทำได้โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยได้ 3 วิธีดังต่อไปนี้

- มีอาการของโรคเบาหวาน ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ตามมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (อาการ ได้แก่ ตื่นน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลด โดยไม่ทราบสาเหตุ)
- ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ขณะอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชม.)
- ระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมง หลังการรับประทานน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (OGTT) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

เมื่อคนเราอายุเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะมากกว่า 40 ปี จะเริ่มมีภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ง่าย ดังนั้นจึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปแม้ว่าจะไม่มีอาการหรือไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานก็ตาม เพื่อให้การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้ดีขึ้น และนอกจากนี้ได้มีการแนะนำให้ตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีแต่มีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้

- ภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุง มีดัชนีมวลกาย(BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร เส้นรอบเอว มากกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย หรือ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง
- มีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวาน
- มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม
- ความดันโลหิตสูงกว่า หรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
- มีไขมันความหนาแน่นสูง (HDL: ไขมันดี) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือไขมันไตรกลีเซอไรด์ มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ตรวจพบมีความผิดปกติของน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานกลูโคส (OGTT) หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารสูงกว่าปกติ (FBS > 100 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)
- มีประวัติเป็นถุงน้ำที่รังไข่จำนวนมาก (Polycystic ovarian syndrome)
- มีประวัติหรือเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานทำให้เกิดความพิการจากการผิดปกติของอวัยวะต่างๆ หรืออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันส่งผลต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนสามารถแบ่งเป็น 2 ชนิดหลัก คือ

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน หากร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากประกอบกับภาวะขาดน้ำ (จากระดับน้ำตาลในเลือดสูง) จะทำให้เกิดภาวะหมดสติ ภาวะเลือดเป็นกรดได้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อาจมาด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและท้องอืดก่อนหมดสติ

2. โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เกิดจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ได้ดังนี้

- ความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็ก
- ความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดใหญ่

อาการแทรกซ้อน มักจะเกิดเมื่อเป็นเบาหวานมานานอย่างน้อย 5 ปี โดยไม่ได้รับการรักษาอย่างจริงจังหรือปล่อยปละละเลย โรคแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น

1. ตา อาจเป็นต้อกระจกก่อนวัย ประสาทตาหรือจอตา (retina) เสื่อม หรือ เลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา (vitreous hemorrhage) ทำให้มีอาการตามัวลงเรื่อยๆ หรือมองเห็นจุดดำลอยไปลอยมาและอาจทำให้ตาบอดในที่สุด

2. ระบบประสาท ผู้ป่วยอาจเป็นปลายประสาทอักเสบ มีอาการชาหรือปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าซึ่งอาจทำให้มีแผลเกิดขึ้นที่เท้าได้ง่าย (อาจลุกลาม จนเท้าเน่า) บางคนอาจมีอาการวิงเวียน เนื่องจากมีภาวะความดันตกในท่ายืน บางคนอาจไม่มีความรู้สึกทางเพศ ท้องเดินตอนกลางคืนบ่อย หรือกระเพาะปัสสาวะไม่ทำงาน (กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ)

3. ไต มักจะเสื่อม จนเกิดภาวะไตวาย มีอาการบวม ชีต ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้ค่อนข้างบ่อย

4. ผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง, อัมพาต, โรคหัวใจขาดเลือด ถ้าหลอดเลือดที่เท้าตีบแข็ง เลือดไปเลี้ยงเท้าไม่พอ อาจทำให้เท้าเย็น เป็นตะคริว หรือปวดขณะเดินมากๆ หรืออาจทำให้เป็นแผลหายยากหรือเท้าเน่า (ซึ่งอาจเกิดร่วมกับการติดเชื้อ)

5. เป็นโรคติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ เช่น วัณโรคปอด, กระเพาะปัสสาวะอักเสบ, กรวยไตอักเสบ, กลาก, โรคเชื้อราแคนดิดา, ช่องคลอดอักเสบ (ตกขาวและคันในช่องคลอด เป็นฝี หรือพุพองบ่อย, เท้าเป็นแผล ซึ่งอาจลุกลามจนเท้าเน่า (อาจต้องตัดนิ้วหรือตัดขา) เป็นต้น

6. ภาวะคีโตซิส (Ketosis) พบเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ที่ขาดการฉีดอินซูลินนานๆ ร่างกายจะมีการคั่งของสารคีโตน ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญไขมัน ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำอย่างมาก หายใจหอบลึก และลมหายใจมีกลิ่นหอม มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำรุนแรง (ตาโป้ หนังเหี่ยว ความดันต่ำ ชีพจรเบาเร็ว) อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเดิน ผู้ป่วยจะซึมลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหมดสติ หากรักษาไม่ทันอาจตายได้

การรักษาโรคเบาหวาน

การควบคุมอาหาร เพื่อควบคุมความสมดุลระหว่างภาวะโภชนาการกับน้ำหนักตัว ให้เป็นไปตามที่ต้องการ หากผู้ป่วยมีน้ำหนักมากควรควบคุมปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน โดยการจำกัดพลังงานที่ได้มาจากโปรตีนร้อยละ 10 – 20 ของพลังงานทั้งหมด และพลังงานจากไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด (น้อยกว่าร้อยละ 10 ของไขมันอิ่มตัว)

การรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำเป็นต้องฉีดอินซูลิน ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เริ่มต้นด้วยการควบคุมอาหาร ถ้าควบคุมด้วยอาหารไม่ได้จึงใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ในบางรายจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน ร่วมกับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้เบาหวานอยู่ในเกณฑ์ควบคุมที่ตรงตามเป้าหมายและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

1. หากสงสัยหรือตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ควรแนะนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยอดอาหาร (รวมทั้งเครื่องดื่มทุกชนิด) ตั้งแต่เที่ยงคืน แล้วไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาลในตอนเช้า เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่เรียกว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) ซึ่งในคนปกติจะมีค่าไม่เกิน 120 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิกรัม ถ้าพบว่ามีค่ามากกว่าปกติ ก็วินิจฉัยได้ว่าเป็นเบาหวาน ยิ่งมีค่าสูงมากเท่าไร ก็แสดงว่ามีความรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น

การรักษา มักจะเริ่มด้วยการแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. ถ้าคุมอาหารอย่างเดียวไม่ได้ผล อาจต้องใช้ยารักษาเบาหวาน โดยถือหลักดังนี้

2.1 ในรายที่เป็นไม่มาก (เช่น เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) อาจให้ยาชนิดกิน ที่สะดวก ราคาถูก และนิยมใช้กันมาก คือ ยาเม็ดคลอร์โพรพามีด์ (Chlorpropamide) ซึ่งมีอยู่หลายยี่ห้อ เช่น ไดอะบีนิส (Diabenese) โดยมากจะมีอยู่ 2 ขนาด คือ เม็ดเล็กขนาด 100 มิลลิกรัม และเม็ดใหญ่ขนาด 250 มิลลิกรัม ใช้กิน วันละครั้งเดียวคือก่อนอาหารเช้า โดยเริ่มจากขนาดน้อยๆ ก่อน คือใช้ขนาดเม็ดเล็ก 1 เม็ด หรือเม็ดใหญ่ครึ่งเม็ดวันละครั้ง แล้วค่อยตรวจน้ำตาลในปัสสาวะทุกวัน ถ้ากินยาไป 10 วัน แล้วยังมีน้ำตาลในปัสสาวะขนาดสองบวก

(2+) ถึงสี่บวก (4+) แสดงว่าไม่ได้ผล ให้เพิ่มยาอีกครั้งละ 1 เม็ดเล็กหรือครึ่งเม็ดใหญ่ ถ้ายังไม่ได้ผลก็ให้เพิ่มในขนาดนี้ทุกๆ 10 วัน จนกว่าอาการต่างๆ หายลง (อ่อนเพลียน้อยลง ปัสสาวะห่างขึ้น กระหายน้ำน้อยลง) และน้ำตาลในปัสสาวะมีแค่หนึ่งบวก (1+) หรือไม่มีเลย ก็ให้กินยาในขนาดนี้ไปเรื่อยๆ ถ้าเพิ่มยาจนใช้ยาเม็ดใหญ่ (ขนาด 250 มิลลิกรัม) กินวันละครั้งถึง 2 เม็ดแล้วยังไม่ได้ผล ก็ไม่ควรเพิ่มมากกว่านี้ ผู้ป่วยที่กินยาไม่ได้ผล หรือเป็นผู้สูงอายุ หรือเป็นโรคไต หรือโรคตับอยู่ ควรเปลี่ยนไปใช้ยารชนิดอื่น เช่น ยาเม็ดไกลเบนคลาไมด์ (Glybenclamide) ซึ่งมีอยู่หลายยี่ห้อ เช่น ดาโอนิล (Daonil), ยูกลูคอน (Euglucon) ซึ่งมีขนาด 5 มิลลิกรัม ควรเริ่มจากครึ่งละครึ่งเม็ดแบบเดียวกับคลอร์โพรพาไมด์ ให้ได้สูงสุดวันละ 4 เม็ด

2.2 ในรายที่ใช้ยารชนิดกินไม่ได้ผล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน) หรือในกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรง หรือตั้งครรภ์หรือต้องทำการผ่าตัดด้วยโรคอื่นๆ ก็ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินซึ่งควรปรับให้ได้ขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเริ่มจากขนาดที่ละน้อยก่อนเช่นเดียวกัน ส่วนมากจะสอนให้ผู้ป่วยหรือญาติฉีดเองที่บ้านผู้ป่วยชนิดพึ่งอินซูลิน อาจต้องฉีดอินซูลินทุกวันไปตลอดชีวิตส่วนผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีแล้ว อาจหันกลับมาใช้ยารชนิดกินแทนก็ได้

2.3 ในการติดตามผลการรักษา นอกจากการตรวจปัสสาวะแล้วควรนัดให้ผู้ป่วยมาตรวจเลือดเป็นครั้งคราว (อาจตรวจทุก 2 – 3 เดือน) ถ้าได้ต่ำกว่า 120 ถือว่าคุมได้ดี ระหว่าง 120 – 180 ถือว่าพอใช้ และถ้าเกิน 180 ถือว่าไม่ดี

3. ถ้าพบผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษานานๆ หรือสงสัยมีภาวะแทรกซ้อน ควรส่งโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสงสัยมีภาวะคีโตซิส ควรให้น้ำเกลือ นอร์มัลซาลิน แล้วส่งโรงพยาบาล

เบาหวานกับการออกกำลังกาย

ระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงตลอดวัน เนื่องจากอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อมีผลให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ ขณะเดียวกัน น้ำตาลในเลือดจะถูกใช้เป็นพลังงานในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย กล้ามเนื้อเป็นอวัยวะสำคัญใช้กลูโคสเป็นพลังงาน ขณะเดียวกันก็เป็นอวัยวะที่เก็บกลูโคส ที่เหลือใช้จากอาหารที่รับประทาน เป็นพลังงานสำรองในรูปของไกลโคเจน การออกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างสม่ำเสมอจะทำให้กล้ามเนื้อ สามารถใช้กลูโคสได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเก็บกักกลูโคสได้มากขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเสริมจากกิจวัตรประจำวัน โดยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ทั่วร่างกาย มีการสูบน้ำหนักหรือโหลดเพิ่มขึ้น ทำให้

สมรรถภาพการทำงานของปอดและหัวใจดีขึ้น ช่วยลดความเครียด ความกังวลได้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะทำให้สุขภาพทั่วไป รวมทั้งการควบคุมเบาหวานดีขึ้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีประโยชน์ คือ

- 1.1 ช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เนื่องจากอินซูลินออกฤทธิ์ดีขึ้น และร่างกายใช้อินซูลินลดลง
- 1.2 เพิ่มสมรรถภาพการใช้ไขมันเป็นพลังงาน
- 1.3 ทำให้การทำงานของหัวใจและระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น
- 1.4 รู้สึกสดชื่นผ่อนคลายร่างกายมีพลังกำลังและคล่องตัว

การออกกำลังกายมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย 2 ระบบ ได้แก่

- ระบบการหมุนเวียนของเลือดและการหายใจ การออกกำลังกายช่วยให้การไหลเวียนของเลือดและการขนถ่ายออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายดีขึ้น
- ระบบพลังงานและฮอร์โมนอินซูลิน การออกกำลังกายทำให้การใช้อินซูลินลดลงแต่ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีฮอร์โมนอื่นๆ ทำงานดีขึ้น เช่น กลูคาγον, อีพิเนฟริน มีปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อสลายกลัยโคเจนในตับ และสร้างกลูโคส ไปสู่กล้ามเนื้อมากขึ้น จึงทำให้ไขมันลดลง

การประเมินสุขภาพก่อนออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานมีความผิดปกติหรือความบกพร่องของอินซูลิน เป็นพื้นฐานเดิมอยู่แล้ว เมื่อออกกำลังกายต้องคำนึงถึงระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าสูงกว่า 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมีภาวะแทรกซ้อนในระยะรุนแรงต้องงดการออกกำลังกาย ถ้าไม่มีข้อจำกัดดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ และให้คำนึงถึงเรื่องการออกฤทธิ์ของยาและการรับประทานอาหารว่า

วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

1. ควรเริ่มที่กิจกรรมเบาๆ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที และปฏิบัติสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 – 4 ครั้ง/สัปดาห์
2. ขั้นตอนการออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 3 ระยะ
 - ระยะอุ่นเครื่อง เพื่อเตรียมกล้ามเนื้อ ใช้เวลา 5 นาที
 - ระยะออกกำลังกาย ใช้เวลา 20 นาที
 - ระยะผ่อนคลาย เพื่อให้ระบบต่างๆ ของร่างกายคืนสู่ภาวะปกติ ใช้เวลา 5 นาที

3. ควรเลือกประเภทที่ชอบและสนใจ ที่ให้ทั้งความสนุกสนานเพลิดเพลิน เพื่อจะปฏิบัติได้ต่อเนื่องไม่เบื่อหน่าย

4. กิจกรรมที่นิยม ได้แก่ การเดิน วิ่งเหยาะ เต้นรำเข้าจังหวะ วาดน้ำ รำมวยจีน ในรายที่มีข้อจำกัดจากสภาพหัวใจ หรือโรคอื่นๆ ควรออกกำลังกายชนิดเบาๆ เช่น กายบริหารในท่า ยืน ทำนั่ง หรือทำนอน เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของกล้ามเนื้อและ การเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย

5. ควรกำหนดเวลาออกกำลังกายในเวลาใกล้เคียงกันเป็นประจำ

เป้าหมายการออกกำลังกาย คือ ต้องการให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 – 80 ดังนั้น ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ควรออกกำลังกายจนอัตราการชีพจร เท่ากับหรือใกล้เคียงกับ 112 ครั้ง/นาที

ภาวะน้ำตาลในเลือดขณะออกกำลังกาย อาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย

1. ถ้ารู้สึกเหนื่อย หอบ เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ควรหยุดกิจกรรมนั้นทันที
2. หากสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการผิดปกติ ควรตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้เครื่องตรวจเลือดด้วยตนเอง
3. รับประทานน้ำตาลชนิดที่เคี้ยวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอาการดีขึ้น

การเลือกอาหารว่างให้เหมาะสมกับประเภทการออกกำลังกาย ขณะออกกำลังกาย ร่างกายจะใช้กลูโคสเป็นพลังงาน ดังนั้นการจัดปริมาณและมื้ออาหารว่าง จะขึ้นกับประเภทของการออกกำลังกาย และระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย

1. อาหารประเภทข้าว แป้ง น้ำตาล เช่น น้ำผลไม้ นม ขนมปัง จะเปลี่ยนสภาพเป็นกลูโคสได้รวดเร็ว
2. ผลไม้ชิ้นเล็ก นม 1 แก้ว หรือ ขนมปัง 1 แผ่น เหมาะสำหรับการออกกำลังกาย ที่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที
3. อาหารว่างที่ประกอบด้วยโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมันเล็กน้อย เช่น แซนด์วิชไส้เนื้อทาเนย เหมาะสำหรับการออกกำลังกาย ที่ใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที
4. กรณีออกกำลังกายยาวนาน ไม่จำเป็นต้องหยุดรับประทานอาหารว่างทุก 30 นาที ควรเพิ่มปริมาณอาหารว่างมากขึ้นขณะก่อนออกกำลังกายและภายหลังการออกกำลังกายแล้ว รับประทานอีกครั้ง

ความสมดุลระหว่างอาหารว่างและกิจกรรม

1. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อปรับอาหารว่างให้เหมาะสมในครั้งต่อไป
2. ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80 – 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกาย

- ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 180 – 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารว่าง ก่อนออกกำลังกาย แต่อาจให้ในระหว่าง 30 – 60 นาที ของการออกกำลังกาย

- ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการรับประทานอาหารว่าง ภายหลังการออกกำลังกายที่ยาวนาน ระดับกลูโคสอาจต่ำกว่าปกติได้ ผู้ป่วยควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการออกกำลังกาย เพื่อประเมินความต้องการอาหารว่างของผู้ป่วย

ข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือตลอดชีวิต ซึ่งหากได้รับการรักษาอย่างจริงจัง อาจมีชีวิตเหมือนคนปกติได้ แต่ถ้ารักษาไม่จริงจังก็อาจมีอันตรายจาก โรคแทรกซ้อนได้มาก ผู้ป่วยจึงต้องทำความเข้าใจ มิเช่นนั้น ผู้ป่วยอาจจะผันแปรเปลี่ยนหม่อไปเรื่อย ๆ หรือหันไปรักษาทางไสยศาสตร์ หรือกินยาหม้อหรือสมุนไพรแทน

2. ผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยารักษาเบาหวานอยู่ บางครั้งอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ มีอาการใจหวิวใจสั่น หน้ามืด ตาลาย เหงื่อออก ตัวเย็นเหมือนเวลาหิวข้าว ถ้าเป็นมากๆ อาจเป็นลมหมดสติ หรือชักได้ ญาติควรบอกให้ผู้ป่วยระวังอาการดังกล่าว และควรพกน้ำตาลหรือของหวานติดตัวประจำ ถ้าเริ่มรู้สึกมีอาการดังกล่าว ให้ผู้ป่วยรีบกินน้ำตาลหรือของหวาน จะช่วยให้อาการเหล่านั้นหายไปทันที (ถ้าตรวจปัสสาวะตอนนั้น จะไม่พบน้ำตาลเลย) ผู้ป่วยควรทบทวนดูว่า รับประทานอาหารน้อยไปหรือออกกำลังกายมากเกินไปกว่าที่เคยทำอยู่หรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยเองควรปรับทั้งสองอย่างให้พอดีกัน จะช่วยป้องกันมิให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ถ้ายังเป็นอยู่บ่อยๆ ควรไปปรึกษาแพทย์ที่รักษา อาจต้องลดยาเบาหวานลง ผู้ป่วยที่กินอาหารผิดเวลา ก็อาจเกิดภาวะนี้ได้เช่นกัน จึงต้องหมั่นรับประทานอาหารให้ตรงเวลา

3. ผู้ป่วยต้องไม่ซื้อยาชุดมารับประทานเอง เพราะยาบางอย่างอาจเพิ่มน้ำตาลในเลือดได้ เช่น ยาสเตอรอยด์, ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น และยาบางอย่างอาจเสริมฤทธิ์ของยารักษาเบาหวาน ทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น แอสไพริน, ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์, ซัลฟา เป็นต้น ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ยาเองต้องแน่ใจว่า ยานั้นไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

4. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน หรือคนอ้วน ควรตรวจปัสสาวะหรือเลือดเป็นครั้งคราว หากพบเป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก จะได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น

5. ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัว ดังนี้

5.1 พบแพทย์และตรวจเลือดตามนัด ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อย (140 – 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร) ก็อาจไม่มีอาการผิดปกติให้รู้สึกได้ อาจทำให้ผู้ป่วยชะล่าใจปล่อยตัวจนอาจเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาวได้ หากเป็นไปได้ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกวัน หรือทุกสัปดาห์

5.2 กินยาลดน้ำตาล หรือฉีดอินซูลิน ตามขนาดที่แพทย์สั่ง อย่าลดยา หรือปรับยาตามความรู้สึก หรือการคาดเดาของตัวเองเป็นอันขาด ควรใช้ยาและกินอาหารให้เป็นเวลา (ตรงเวลาทุกมื้อ) ปริมาณอาหารให้พอๆ กันทุกวัน

5.3 ควรควบคุมการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัด โดยมีหลักง่ายๆ ดังนี้

(1) รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ โดยทานให้ตรงเวลา ไม่งดมื้อใดมื้อหนึ่ง กินในปริมาณใกล้เคียงกันทุกวันทุกมื้อ

(2) อย่าทานจุบจิบ ไม่เป็นเวลา

(3) ในแต่ละมื้อ ให้ทานอาหารที่มีทั้งแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน และผัก

(4) ห้ามทานน้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน ขนมเชื่อมน้ำตาล ขนมหวาน (ให้ดื่มจนจืดแทน) ผลไม้ที่มีรสหวานจัด (เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย ลิ้นจี่ ฝรั่ง ละมุด อ้อย) ผลไม้กระป๋อง ผลไม้แช่อิ่ม หรือเชื่อมน้ำตาล

(5) ถ้าชอบหวาน ให้ใช้น้ำตาลเทียมแทน

(6) ห้ามดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ ยาตองเหล้า เครื่องดื่มบำรุงกำลัง

(7) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเครื่องในสัตว์ ไขมันสัตว์ น้ำมันหมู เนย มันหมู มันไก่ เนื้อติดมัน หมูสามชั้น ครีมกะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ไข่แดง หอยนางรม อาหารทอด (เช่น ไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋ มันทอด ข้าวเกรียบ)

(8) หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัด และอาหารสำเร็จรูป (เช่น ใส่กรอก กุนเชียง)

(9) ทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ถั่ว ขนมปัง ในจำนวนพอเหมาะไม่มากหรือน้อยจนเกินไป

(10) รับประทานอาหารให้มาก ๆ (ปริมาณไม่จำกัด) โดยเฉพาะผักประเภทใบและถั่วสด เช่น ผักกวางตุ้ง ผักคะน้า ผักกาดขาว ผักบุ้ง ผักกะเฉด มะระ มะเขือยาว ถั่วถั่วงอก ถั่วแขก ถั่วฝักยาว ฯลฯ

(11) รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวานไม่มาก ได้มีผลไม้ 6 – 8 คำ เช่น ส้ม มังคุด มะม่วง มะละกอ พุทรา ฝรั่ง สับปะรด

5.4 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ หรือทำงานที่ต้องออกแรงให้มาก ควรทำในปริมาณพอๆ กันทุกวัน อย่าหักโหมทั้งการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ควรให้เกิดความพอเหมาะ ที่จะช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าอ้วนเกินแสดงว่า ยังปฏิบัติ ทั้ง 2 เรื่องนี้ ไม่ได้เต็มที่

5.5 พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้ร่าเริง อย่าให้เครียด หรือวิตกกังวล

5.6 ควรเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด มิเช่นนั้น อาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

5.7 หมั่นดูแลรักษาเท้า ดังนี้

(1) ทำความสะอาดเท้า และดูแลผิวหนังทุกวัน เวลาอาบน้ำควรล้างและฟอกสบู่ ตามซอกนิ้วเท้า และส่วนต่างๆ ของเท้าอย่างทั่วถึง หลังล้างเท้าเรียบร้อยแล้ว ซับทุกส่วน โดยเฉพาะบริเวณซอกนิ้วเท้าให้แห้งด้วยผ้าขนหนู ระวังอย่าเช็ดแรงเกินไป เพราะผิวหนังอาจถลอกเป็นแผลได้

(2) ถ้าผิวหนังที่เท้าแห้งเกินไป ควรใช้ครีมทาผิวทาบางๆ โดยเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้า และรอบเล็บเท้า

(3) ตรวจเท้าอย่างละเอียดทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้า บริเวณที่เป็นจุดรับน้ำหนัก และรอบเล็บเท้า เพื่อดูว่ามีรอยขีด บาดแผล หรือการอักเสบหรือไม่ หากมีแผลที่เท้า ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที

(4) การตัดเล็บ ควรตัดด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันมิให้เกิดเล็บขบ ซึ่งอาจลุกลาม และเป็นสาเหตุของการถูกตัดขาได้

- ควรตัดเล็บในแนวตรงๆ และอย่าให้สั้นชิดผิวหนังจนเกินไป
- ไม่ควรใช้วัตถุแข็งแคะซอกเล็บ
- การตัดเล็บ ควรทำหลังล้างเท้า หรืออาบน้ำใหม่ๆ เพราะเล็บจะอ่อนและตัดง่าย ถ้าสายตามองเห็นไม่ชัด ควรให้ผู้อื่นตัดเล็บให้

(5) ป้องกันการบาดเจ็บและเกิดแผล โดยการสวมรองเท้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน (อย่าเดินเท้าเปล่า) ควรเลือกรองเท้าที่สวมพอดี ไม่หลวม ไม่บีบรัด พื้นนุ่ม มีการระบายอากาศและความชื้นได้ ควรสวมถุงเท้าด้วยเสมอโดยเลือกสวมถุงเท้าที่สะอาด ไม่รัดแน่น และเปลี่ยนทุกวัน ก่อนสวมรองเท้าควรตรวจดูว่า มีวัตถุมีคมตกอยู่ในรองเท้าหรือไม่ สำหรับรองเท้าคู่มือใหม่ในระยะเริ่มแรก ควรใส่เพียงช่วงเวลาสั้นๆ ในแต่ละวัน เพื่อให้รองเท้าค่อยๆ ขยายปรับตัวเข้ากับเท้าได้ดี

(6) หลีกเลี่ยงการตัด ดึง หรือแกะหนังแข็งๆ หรือตาปลาที่ฝ่าเท้า และไม่ควรซื้อยากัดลอกตาปลา มาใช้เอง

(7) ถ้ารู้สึกว้าวเท้าชา ห้ามวางขวดหรือกระป๋องน้ำร้อน หรือประคบด้วยของร้อนใดเพราะจะทำให้เกิดแผลไหม้พองขึ้นได้ และไม่ช่วยให้อาการชาดีขึ้นได้

(8) ถ้ามีตุ่มหนอง มีบาดแผล หรือการอักเสบที่เท้า ควรรีบไปหาแพทย์รักษา อย่าใช้เข็มบ่งเอง หรือใช้ทิงเจอร์ไอโอดีน หรือไฮโดรเจน เพอร์ออกไซด์ชะแผลควรล้างแผลด้วยน้ำสะอาดกับสบู่ และปิดแผลด้วยผ้าก๊อซที่ปลอดเชื้อ และติดด้วยพลาสติกอย่างนิ่ม (เช่น ไมโครพอร์) อย่าปิดด้วยพลาสติกธรรมดา

5.8 ผู้ที่กินยา หรือฉีดยารักษาเบาหวานอยู่ประจำทุกวัน ถ้าหากมีอาการหิว ใจหวิว ใจสั่น หน้ามืดตาลาย ตัวเย็น อาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรรีบกินน้ำตาลหรือของหวาน

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่กินอาหารน้อย หรือกินผิดเวลา ทำงานหรือออกกำลังกายหักโหม กว่าปกติ

5.9 หมั่นตรวจน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเอง ช่วยให้รู้ได้คร่าวๆ ว่าควบคุมเบาหวาน ได้ดีเพียงไร ควรปรึกษาแพทย์ถึงเทคนิคการตรวจ และความถี่ของการตรวจ การสังเกตจาก อาการเพียงอย่างเดียวบอกไม่ได้ว่าควบคุมโรคได้หรือไม่ถ้าเป็นไปได้ ควรซื้อเครื่องตรวจน้ำตาล ในเลือด ซึ่งมีเทคนิคการตรวจอย่างง่าย ๆ ไว้ตรวจเองที่บ้านทุกวัน จะช่วยให้สามารถประเมิน ผลการรักษา และปรับอาหารให้สอดคล้องกับระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

5.10 ควรพบกัณฑ์ประจำตัว ที่ระบุถึงโรคที่เป็น และยาที่ใช้รักษา หากระหว่าง เดินทางประสบอุบัติเหตุ หรือเป็นลมหมดสติ แพทย์จะได้ให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง และ ทันที

1.2 ทฤษฎีความสามารถแห่งตน

ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Perceived Self – Efficacy Theory หรือเรียกสั้นๆ ว่า Self – Efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะจัดระบบและกระทำ เพื่อให้บรรลุตามที่กำหนดได้ (จำเนียร โภชน์พันธ์. 2548: 47; อ้างอิงมาจากวิลาสลักษ์ ชวัลลี. 2542: 175)

ประวัติความเป็นมา

ในระยะแรก อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เสนอแนวคิดของความคาดหวัง ความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่ เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัว กำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ต่อมา (Bandura, 1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self – Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำ พฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

แบนดูรา เป็นผู้สร้างทฤษฎีความสามารถแห่งตน โดยแบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองใน แต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูรา เห็นว่า ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่ จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองใน สภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึง

ความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สจวร์ต พันธุ์เยี่ยม. 2548: 34; อ้างอิงมาจาก สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 57 – 58)

การรับรู้ความสามารถของตนจะเป็นตัวกำหนดตัวหนึ่งว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างไร มีแบบแผนในการคิดอย่างไร และมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์อย่างไรเมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่ต้องใช้ความพยายามสูง การรับรู้ความสามารถของตนจึงเป็นตัวกำหนดในเรื่องต่อไปนี้

กระบวนการคิด (Cognitive Process) การรับรู้ความสามารถของตนมีผลกระทบต่อแบบแผนการคิดที่สามารถส่งเสริมหรือบั่นทอนผลการปฏิบัติงานได้ บุคคลจะตีความสถานการณ์และคาดการณ์ในอนาคตอย่างไรขึ้นอยู่กับว่าเขามีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถสูงจะมองสถานการณ์ที่เขาจะพบว่าเป็นโอกาส เขาจะมองภาพความสำเร็จและให้เป็นสิ่งนำทางการกระทำของเขา ส่วนคนที่ตัดสินใจว่าตนเองด้อยความสามารถจะตีความสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนว่าเป็นความเสี่ยง และมีแนวโน้มจะมองเห็นภาพความล้มเหลวอยู่ในอนาคต การคิดทางลบของผู้ที่รู้สึกว่าคุณด้อยความสามารถจะทำลายแรงจูงใจในตนเองและทำลายการปฏิบัติงานด้วย เพราะเป็นการยากที่บุคคลจะประสบความสำเร็จถ้ายังสงสัยในความสามารถของตนอยู่

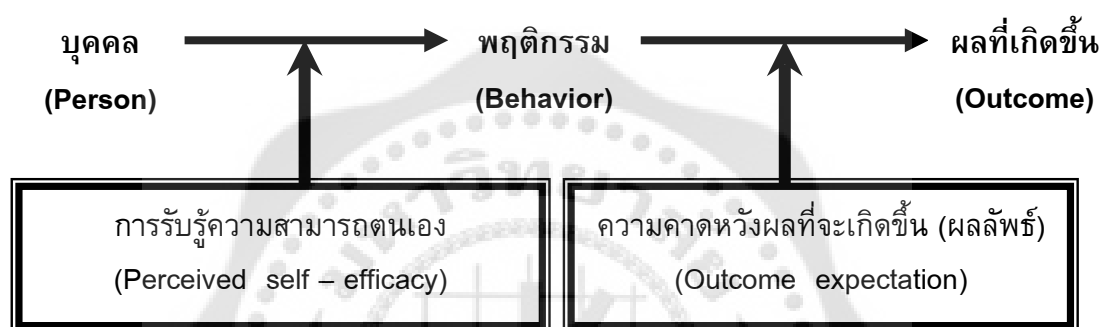
กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) ความสามารถที่จะจูงใจตนเองและกระทำตามที่ตั้งเป้าหมายจะมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด ขณะที่คิดคาดการณ์ในอนาคตจะทำให้เกิดแรงจูงใจและการควบคุมการกระทำของตนเองได้ กล่าวคือสิ่งที่คิดเอาไว้ล่วงหน้าจะถูกเปลี่ยนให้เป็นสิ่งจูงใจและการกระทำซึ่งจะถูกควบคุมด้วยกระบวนการกำกับตนเอง แรงจูงใจส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการคิดและความเชื่อในความสามารถของตนก็จะมีบทบาทสำคัญในการคิดที่เป็นพื้นฐานของแรงจูงใจ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองและตั้งเป้าหมายไว้สูงจะมีแรงจูงใจในการกระทำและจะปฏิบัติงานได้ดีกว่าคนที่สงสัยในความสามารถของตนเอง

กระบวนการด้านความรู้สึก (Affective Process) การรับรู้ความสามารถของตนสามารถมีผลกระทบต่อประสบการณ์ทางอารมณ์โดยผ่านการควบคุมตนเองทางด้านความคิด การกระทำ และความรู้สึก ในด้านการคิดความเชื่อในความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อความสนใจ และการตีความเหตุการณ์ในชีวิตที่อาจให้ความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบได้ และมีผลต่อการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมความคิดทางลบที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ด้วย ด้านการกระทำการรับรู้ความสามารถของตนจะจัดการกับสภาวะทางอารมณ์โดยการส่งเสริมการกระทำที่มีประสิทธิผลเพื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ ส่วนด้านความรู้สึกจะเกี่ยวกับการรับรู้ว่าคุณสามารถทำให้สภาวะทางอารมณ์ของคุณที่ไม่ดีให้ดีขึ้นได้หรือไม่

กระบวนการเลือก (Selection Process) บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสภาพการณ์ที่เขาเชื่อว่ายากเกินความสามารถของเขา และบุคคลจะกระทำกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมที่เขาแน่ใจว่ามีความสามารถที่จะจัดการได้ ผู้ที่ยังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกกิจกรรมที่ยังมีความท้าทาย

กระบวนการทั้งสี่ที่กล่าวมานี้โดยปกติจะทำงานร่วมกันมากกว่าแยกกันในการดำเนินการกำกับพฤติกรรมมนุษย์ แหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตน

เกี่ยวกับทฤษฎีความสามารถแห่งตนพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองนั้นมีความเกี่ยวข้องหรือแตกต่างอย่างไรกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน ดังนั้น แบนดูรา ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 4 (สურังค์ พันธุ์เยี่ยม. 2548: 34; อ้างอิงมาจาก สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 58)



ภาพประกอบ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

จากภาพประกอบข้างต้นแสดงให้เห็นถึงแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self – efficacy) ซึ่งแบนดูราได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใดหรือเป็นความเชื่อบุคคล เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

การวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วย 3 ประการคือ

1. ระดับความยากของงานหรือ กิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าบุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ (Level of job difficulty)
2. ความมั่นใจของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ระดับยาก หรือ เมื่อมีอุปสรรคต่างๆ (Strength of confidence)
3. การตัดสินใจว่าตนมีความสามารถในกิจกรรมอื่นๆ ด้วย หรือมีความสามารถเฉพาะในขอบเขตของกิจกรรมนั้นๆ (Generality of ability)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพประกอบ 3 (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 58 – 59)

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น แบนดูราเสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี (มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะสาธารณสุขศาสตร์. 2546: 68 – 69) คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่งแบนดูรา ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของคนเรานั้นบางส่วน จะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วย สิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงแบนดูรา ได้เสนอรูปแบบในการพัฒนาให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังตาราง 1 (Bandura. 1977: 195)

ตาราง 1 ปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แหล่งการสร้างและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง	รูปแบบในการพัฒนาและส่งเสริม
1. การประสบผลสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม	- แบบอย่างของบุคคลที่อยู่รอบข้าง (Participant modeling) - การเพิ่มความสามารถแบบค่อยเป็นค่อยไป (Performance desensitization) - ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ (Performance exposure) - การสอนการกระทำด้วยตนเอง (Self – instructed performance)
2. ประสบการณ์ทางอ้อมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น	- การได้เห็นตัวอย่างจริง (Live modeling) - การได้รับทราบประสบการณ์ของผู้อื่น (Symbolic modeling)
3. การใช้คำพูดชักชวนและอิทธิพลทางสังคม	- การได้รับคำแนะนำ (Suggestion) - การได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Exhortation) - การสอนตนเอง (Self – instruction)
4. การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์	- คุณลักษณะประจำตัว (Attribution)

ตาราง 1 (ต่อ)

แหล่งการสร้างและพัฒนาการ รับรู้ความสามารถของตนเอง	รูปแบบในการพัฒนาและส่งเสริม
และทางสรีระ	- การผ่อนคลาย - การเผชิญการกระตุ้นเร้าต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป (Symbolic desensitization) - การกล้าที่จะเผชิญกับการกระตุ้นเร้า (Symbolic expose)

การส่งเสริมและกระตุ้นเร้าให้ได้รับข้อมูลทั้ง 4 วิธี เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดกระบวนการตัดสินใจกระทำพฤติกรรม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ ของบุคคลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประเมินกระบวนการกระทำ ซึ่งอาจประเมินได้เป็น 3 มิติ คือ (Bandura. 1997: 84 – 85)

1. มิติระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะต้องทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ย่อยๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากความสามารถก็จะพบความล้มเหลว

2. มิติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน กล่าวคือ ประการแรก การมอบหมายรายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติซึ่งจะสะท้อนให้มองเห็นระดับความยากง่ายของกิจกรรม ประการที่สอง ให้ได้ชักถามถึงแนวทางรูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น

3. มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์นั้น ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่าง ก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับเรื่องความคาดหวังความสามารถของบุคคลนั้น สรุปได้คร่าวๆ ดังนี้ คือการที่บุคคลจะสามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้หรือไม่นั้น มักจะขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือการมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยที่ทราบความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำได้หรือไม่และกระทำอะไรได้บ้าง และเมื่อกระทำไปแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนเองคาดหวังไว้ได้หรือไม่ ในบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานนั้นก็เช่นกัน ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้ และทำแล้วจะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายของตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานก็จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและดียิ่ง

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ คือ ความเข้าใจในเรื่องบางเรื่อง หรือสิ่งบางสิ่ง ซึ่งอาจจะรวมไปถึงความสามารถในการนำสิ่งนั้นไปใช้เพื่อเป้าหมายบางประการ ความรู้ในทางปฏิบัติมักเป็นสิ่งที่ทราบกันในกลุ่มคน และในความหมายนี้เองที่ความรู้นั้นถูกปรับเปลี่ยนและจัดการในหลายๆ รูปแบบ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของคำว่า ความรู้ (Knowledge) ไว้ดังนี้

มาโนช เวชพันธ์ (2532: 15 – 16) ได้กล่าวอ้างจากฮอสเปอร์ โดยได้ให้ความหมายไว้คือ นับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดย การนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือ ได้ฟัง ความรู้นี้เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้ โดยประกอบไปด้วย คำจำกัดความหรือความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ไขปัญหา และมาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความรู้เป็นเรื่องของการทำอะไรได้ ระลึกได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรือใช้ความสามารถของสมองมากนัก ด้วยเหตุนี้ การจำได้จึงถือว่าเป็น กระบวนการที่สำคัญในทางจิตวิทยา และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้ใช้ความคิดและความสามารถทางสมองมากขึ้นเป็นลำดับ ส่วนความเข้าใจ (Comprehension) นั้น ฮอสเปอร์ ชี้ให้เห็นว่า เป็นขั้นตอนต่อมาจากความรู้ โดยเป็นขั้นตอนที่จะต้องใช้ความสามารถของสมองและทักษะในขั้นที่สูงขึ้น จนถึงระดับของการสื่อความหมาย ซึ่งอาจเป็นไปได้โดยการใช้อากัปเปล่า ข้อเขียน ภาษา หรือการใช้สัญลักษณ์ โดยมักเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับข่าวสารต่างๆ แล้ว อาจจะโดยการฟัง การเห็น การได้ยิน หรือเขียน แล้วแสดงออกมาในรูปของการใช้ทักษะหรือการแปลความหมายต่างๆ เช่น การบรรยายข่าวสารที่ได้ยินมา โดยคำพูดของตนเอง หรือการแปลความหมายจากภาษาหนึ่งไปเป็นอีกภาษาหนึ่ง โดยคงความหมายเดิมเอาไว้ หรืออาจเป็นการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อสรุปหรือการคาดคะเนก็ได้

อักษร สวัสดิ์ (2542: 26) ได้กล่าวอ้างจากประภาเพ็ญ สุวรรณ ได้ให้คำอธิบายว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ไขปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้าน “การแปล” ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้นๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง และ “การให้ความหมาย” ที่แสดงออกมาในรูปของความคิดเห็นและข้อสรุป รวมถึงความสามารถในการ “คาดคะเน” หรือการคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น

อักษร สวัสดิ์ (2542: 26 – 28) ได้กล่าวอ้างจากเบนจามิน บลูม โดยได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่าหมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่างๆ รวมถึงแบบกระบวนของโครงการวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ โดยก่อนหน้านั้นในปี ค.ศ.1965 บลูมและคณะ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้หรือพุทธิพิสัย (cognitive

domain) ของคน ว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่างๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ในขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป โดยบลูมและคณะ ได้แจกแจงรายละเอียดของแต่ละระดับไว้ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ ความจำ ให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. การนำไปปรับใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (comprehension) ในเรื่องใดๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอด มาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อย ที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ เพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือส่วนใหญ่ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์ (criteria) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ (characteristics of cognitive domain) ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด

ความรู้ คือ สิ่งที่มนุษย์สร้าง ผิดิต ความคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ แสดงผ่านภาษา เครื่องหมาย และสื่อต่างๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปตามผู้สร้าง ผู้ผลิตจะให้ความหมาย

ความรู้มีโครงสร้างอยู่ 2 ระดับ คือ โครงสร้างส่วนบนของความรู้ ได้แก่ Idea ปรัชญา หลักการ อุดมการณ์ โครงสร้างส่วนล่างของความรู้ ได้แก่ ภาวปฏิบัติการณ์ของความรู้ ได้แก่องค์ความรู้ที่แสดงในรูปของข้อเขียน สัญญะ การแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น ศิลปะ การเดินขบวนทางการเมือง โครงสร้างส่วนล่างของความรู้ มีโครงสร้างระดับลึกคือ ความหมาย (significant)

ความรู้และอำนาจ เป็นสิ่งเดียวกัน เพราะถูกผลิต และเคลือบไว้ภายใต้รูปแบบ 2 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบที่แสดงออกถึงความรุนแรง ได้แก่ ความรู้ทางด้านการปราบปราม การทหาร การควบคุมนักโทษ อาชญวิทยา การสงคราม จิตเวชศาสตร์

2. รูปแบบที่แสดงออกถึงความไม่รุนแรง แต่แฝงไว้ด้วยความรุนแรง ได้แก่ ความรู้ทางด้านสื่อสารมวลชน การโฆษณา การตลาด ทฤษฎีบริหารธุรกิจ ทฤษฎีทางการเมือง ความรู้ทางการศึกษา การพัฒนาและทุกสิ่ง ที่ใช้การครอบงำความคิด ผ่านปฏิบัติการทางการเมืองสร้างความรู้เพื่อ กีดกัน/เบียดขับ/ควบคุม มนุษย์

แนวคิดจากเรื่องความรู้ที่ได้กล่าวมา แสดงให้เห็นว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นของพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (สรวงศ์ พันธุ์เอี่ยม. 2548: 41) ซึ่งสามารถจะพัฒนาไปสู่ขั้นตอนของความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผลต่อไป ซึ่งถ้าผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ที่ถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา

สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มคนต่างๆ เช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งสามารถป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งทางกายและจิตใจ การปรับตัวให้ยอมรับสภาวะเจ็บป่วยและรักษา การฟื้นฟูสุขภาพหลังการเจ็บป่วย มิให้กลับซ้ำด้วยโรคเดิม (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. 2539: 2)

วิธีการให้สุขศึกษา หมายถึง เป็นกระบวนการที่มีการวางแผนไว้อย่างเป็นระบบ และมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตัวเอง รวมทั้งการเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตลอดไป วิธีการให้สุขศึกษามีหลายวิธี แต่ละวิธีจะมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเฉพาะสำหรับแต่ละเรื่องราวและกลุ่มเป้าหมาย (ดวงใจ รัตนัญญา. 2545: 105)

สุขศึกษาเป็นกระบวนการในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยประชาชนต้องเรียนรู้และตัดสินใจ ปฏิบัติด้วยตนเอง พฤติกรรมสุขภาพนั้น รวมความถึง

พฤติกรรมทางด้านความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมด้านเจตคติ ทำที่ความรู้สึก ค่านิยม และการปฏิบัติ พฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้น ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติส่วนบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคและความพิการที่สามารถป้องกันได้ การดูแลช่วยเหลือตนเองและครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย การรู้จักประโยชน์ของบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ทุกระดับ และสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมเมื่อมีความจำเป็น ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนของตนเองในการพัฒนาสิ่งแวดล้อม และแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนมีการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานโดยชุมชนเอง จึงจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของชุมชนไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น จึงจำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาทางสุขศึกษาและพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยวิเคราะห์ในทุกองค์ประกอบของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานว่า มีปัญหาด้านพฤติกรรมอะไรบ้าง และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่จะช่วยสนับสนุนในการแก้ปัญหาสุขภาพนั้นๆ หรือพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนแก้ไข หรือเรื่องจำเป็นที่ประชาชนจะต้องเข้าใจและปฏิบัติ ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานทุกองค์ประกอบ เช่น ปัจจัยทางด้านความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและทำที่ความรู้สึก ปัจจัยที่เป็นสิ่งสนับสนุนเอื้ออำนวยในการปฏิบัติหรือขัดขวางการปฏิบัติปัจจัยทางการให้บริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อให้ทราบปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นๆ ในทุกองค์ประกอบของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

1.4.1 กลวิธีการให้สุขศึกษา กลวิธีการให้สุขศึกษาแต่ละวิธีให้ได้ผล จำเป็นต้องเข้าใจถึงลักษณะของแต่ละกลวิธี รวมถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการใช้เป็นวิธีที่ดี กลวิธีต่างๆ ทางสุขศึกษาที่สำคัญมีดังนี้ (ลักษณ์ ยอดกลกิจ. 2540: 15; อ้างอิงมาจาก ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. 2535: 1)

1. การบรรยาย เป็นกลวิธีหนึ่งของการสอนที่ใช้กันมากและใช้ง่ายที่สุด แต่จะทำให้เกิดผลการเรียนรู้ได้น้อยสุด โดยทั่วไปการบรรยายจะใช้ได้ผลที่ดีต้องมีการอภิปรายและซักถามควบคู่กันไปด้วย
2. การสอนเฉพาะตัว หรือที่รู้จักกันดีในลักษณะของการปรึกษาสุขภาพ การสอนเฉพาะตัว มีผลต่อการเรียนรู้อย่างมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวางทั้งในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและชุมชน ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน
3. สื่อสารมวลชน สื่อสารมวลชนที่ใช้ในงานสุขศึกษาเป็นการสื่อสารกับเป้าหมายจำนวนมาก การสื่อสารที่ใช้กันมาก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยทั่วไปแล้วการใช้สื่อสารมวลชนในงานสุขศึกษา มีข้อจำกัดในด้านประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก

4. โสตทัศนูปกรณ์ ถ้าดูผิวเผินการใช้โสตทัศนูปกรณ์จะคล้ายกับการใช้สื่อสารมวลชน แต่มีความแตกต่างในขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้

5. โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นโปรแกรมการเรียนที่จัดขึ้นโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เอง ซึ่งอาจจะอยู่ในลักษณะของสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ก็ได้ เพื่อให้แต่ละคนได้เรียนรู้เป็นการเฉพาะตัว

6. โทรทัศน์เพื่อการศึกษา เป็นสื่อการเรียนรู้คล้ายกับโปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป แตกต่างกันตรงที่ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายให้เรียนรู้เป็นกลุ่ม เป็นชั้น

7. การสร้างทักษะเฉพาะ เป็นกลวิธีที่จะใช้สำหรับการเรียนรู้ที่ต้องการให้มีการฝึกหัดฝึกปฏิบัติจริง

8. การสร้างสถานการณ์จำลองและเกมส์ เป็นกลวิธีในการสอนโดยการจำลองสถานการณ์จริงหรือจัดเกมส์จริงขึ้นมาเพื่อให้กลุ่มได้เรียนรู้ ซึ่งใช้ในการสร้างแรงจูงใจได้ดี

9. การเรียนรู้โดยการซักถาม เป็นกลวิธีในการสอนที่ให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดของตนเองเป็นหลักแล้วขยายขอบเขตความเข้าใจให้กว้างขวางออกไป ใช้ได้ดีกับกลุ่มนักเรียนนักศึกษา

10. การอภิปรายในกลุ่มเพื่อน เป็นกลวิธีทางสุขศึกษาที่ใช้ได้ผลดีมากสำหรับการเรียนรู้เป็นกลุ่ม และสร้างแรงจูงใจระยะยาว ซึ่งเป็นการพัฒนาการตัดสินใจโดยใช้บรรทัดฐานของกลุ่ม

11. การใช้ต้นแบบตัวอย่าง เป็นกลวิธีที่เป็นกลไกของกระบวนการทางสังคม คือการที่บุคคลมีการเรียนรู้โดยการเลียนแบบหรือศึกษาจากบุคคลอื่นที่ตนเองยอมรับ มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดหรือนิยมชมชอบ

12. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเงื่อนไข เป็นกลวิธีในการแก้ไขพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง โดยอาศัยเงื่อนไขบางประการที่กำหนดขึ้น และความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอที่จะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ โดยตรง

13. การพัฒนาชุมชน เป็นกลวิธีที่ใช้ในงานสุขศึกษา โดยการจัดให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะความสามารถ และความรู้ ความเข้าใจเรื่องต่างๆ โดยทั่วถึงกันทั้งชุมชน การพัฒนาชุมชนเป็นการพึ่งพาตนเอง เป็นการแก้ไขปัญหา ซึ่งใช้ได้ดีในชุมชนที่มีความตื่นตัวและมีความสนใจสูง

14. การใช้มาตรการทางสังคม เป็นกลวิธีที่ใช้สำหรับการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล โดยใช้มาตรการต่างๆ ที่มีความเข้มงวดกวดขันในระดับต่างๆ กัน ตามลักษณะของปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย

15. การวางแผนพัฒนาสังคมและองค์กร เป็นกลวิธีที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในสังคม โดยการวางแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมาก จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

เพื่อให้ได้ผลในการสอนสุขศึกษา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะสอน ความต้องการของผู้ที่จะเรียนรู้ และการวางแผนการสอนสุขศึกษา สุขศึกษาใช้หลายวิธีการในการดำเนินงาน หลักสำคัญคือใช้กระบวนการเรียนการสอน ซึ่งประกอบด้วย การจำแนกผู้เรียน การวิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน การกำหนดเนื้อหาและการเลือกวิธีการสอน การประเมินความพึงพอใจ การประเมินผลการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์และอื่นๆ ตามความจำเป็น

ในการเลือกใช้วิธีการสุขศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้รับฟังเกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโดยทั่วไปการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้กับทุกๆ คน และตลอดชีวิต ทุกคนเรียนรู้ในสิ่งเดียวกันด้วยวิธีการที่แตกต่างกันหรือประสบการณ์เดียวกัน อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ของบุคคลแตกต่าง อัตราเร็วของการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ และทักษะของบุคคลได้ (ไพฑูริย์ ลือกิจนา. 2542: 53; อ้างอิงมาจาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527: 217 – 220) กล่าวคือ การเรียนรู้นอกจากจะเป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลแล้วยังเกิดขึ้นได้ทุกสภาวะ ไม่จำเป็นต้องเกิดจากห้องเรียนเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดโอกาสและกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งอาจเป็นที่บ้าน ในชุมชนโรงพยาบาล หรือในชีวิตประจำวัน

วิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนได้เรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแบบถาวร โดยผู้เรียนเกิดความพอใจเต็มใจเรียนรู้ เพื่อให้เกิดแนวคิดที่ดี สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต วิธีการสุขศึกษาที่ผู้วิจัยเลือกสรรนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การบรรยาย การแจกคู่มือ เอกสาร และการสาธิต โดยมีรายละเอียดของการนำมาใช้ดังนี้

การบรรยาย การสอนแบบบรรยายเป็นวิธีการสอนที่มีความคุ้นเคยกันมาเป็นเวลานาน เป็นวิธีการสอนที่จัดทำได้ง่าย เพราะมีเพียงผู้บรรยายและผู้เรียน มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

องค์ประกอบที่ควรคำนึงถึงในการสอนแบบบรรยาย (ไพฑูริย์ ลือกิจนา. 2542: 55 – 56; อ้างอิงมาจาก สุรีย์ จันทรโมลี. 2527: 63 – 64)

1. ตั้งจุดมุ่งหมายในการบรรยายแต่ละครั้ง
2. ผู้บรรยายควรได้ศึกษาวิเคราะห์ผู้เรียนล่วงหน้า เพื่อประโยชน์ในการปูพื้นฐานความรู้ การเชื่อมโยงความรู้ที่จะให้พิจารณาถึงโอกาสที่จะนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้เรียนเป็นหลัก
3. ผู้บรรยายจะต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี
4. ในการบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง
5. ในการบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรครอบคลุมทุกหัวเรื่อง
6. ในระหว่างที่บรรยายควรสร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเอง มีอารมณ์ขันบ้าง

7. ผู้บรรยายควรเตรียมโน้ตการสอนล่วงหน้า
8. การบรรยายไม่ใช่เป็นการให้เนื้อหาความรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามข้อสงสัย
9. การบรรยายจะเพิ่มความสนใจยิ่งขึ้น ถ้าใช้อุปกรณ์เป็นเครื่องมือช่วยประกอบในการบรรยาย
10. ผู้บรรยายต้องรู้จักสังเกตมีความไวต่อความรู้สึกของผู้เรียนและความไม่สบายอารมณ์ของผู้เรียน สิ่งเหล่านี้ควรสังเกตหาสาเหตุเพื่อได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการสอนให้เหมาะสม
11. เมื่อจบการบรรยายควรจะมีการประเมินผลเพื่อพิจารณาว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อปรับปรุงการบรรยายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การแจกเอกสารคู่มือ เป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทตัวอักษรและภาพ มีรูปภาพประกอบคำอธิบาย สื่อประเภทนี้ไม่มีขีดจำกัดเกี่ยวกับเวลาที่คุณเรียนจะใช้ในการศึกษา ผู้เรียนสามารถจะศึกษาเอกสารเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง และศึกษาในเวลาใดก็ได้ แล้วแต่ความสามารถที่จะเข้าใจเนื้อหา และกิจกรรมที่กำหนดไว้

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เอกสาร คู่มือ ประกอบคำบรรยาย และการฉายวีดิทัศน์ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของพฤติกรรม การดูแลตนเอง และส่งผลให้เกิดการปรับตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การสาธิต (Demonstration)

การสาธิตเป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่ง ที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง หลักการแนวทางการปฏิบัติ โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ประกอบการสาธิตมีการอธิบายให้เหตุผล ประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน การสอนแบบสาธิตมีความหมายหลายประการ เช่น การสอนแบบสาธิต มุ่งเน้นให้เห็นทักษะ การใช้มือในการสาธิตยังรวมทั้งการใช้สื่อทัศนูปกรณ์ ประกอบการสาธิตรวมทั้งการฉายภาพยนตร์ สไลด์ประกอบ (วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ. 2553: 36 – 37; อ้างอิงมาจาก สุรีย์ จันทรโมลี. 2527: 175)

การสาธิต หมายถึง การสอนโดยมีการบรรยายประกอบการใช้เครื่องมือ วัสดุ โดยมีผู้เรียนคอยดู เน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตโดยทั่วๆ ไป ครูหรือวิทยากรจะแสดงให้เห็นมาก่อน ในช่วงหลังจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทำภายใต้การควบคุมของครูหรือผู้สังเกต

การสาธิต คือ การเตรียมการเสนอกิจกรรม กระบวนการ การดำเนินการบางอย่างล่วงหน้าอย่างรอบคอบ แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติควบคู่ไปกับการอธิบายทุกขั้นตอน การตั้งคำถาม การย้ำถึงขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องเข้าใจ เพื่อจะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง

การสาธิต ได้นำมาใช้ในวงการวิชาชีพต่างๆ อย่างกว้างขวาง เช่น การแพทย์ และการสาธารณสุข สังคม บริหารธุรกิจ การโฆษณาสินค้า การเกษตร การศึกษาและการฝึกอบรมต่างๆ การสาธิตสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา สามารถใช้ได้กับทุกยุคทุกสมัย การสาธิตมีโอกาสนี้จะใช้แทรกเข้าไปในเนื้อหาบางเรื่อง เป็นการช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสนยุ่งยาก ได้เรียนรู้ตามขั้นตอนง่ายต่อการเข้าใจ เช่น การสอนแม่ให้อาบน้ำเด็ก เป็นต้น การสาธิตจะทำให้ผู้เรียนได้รู้เร็วถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้นๆ น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เกิดความประทับใจไม่ลืม สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (สุรีย์ จันทรโมลี. 2535: 175)

การสาธิต (จินตนา สรายุทธิพิทักษ์. 2539: 36) หมายถึง การแสดงการทดลองหรือการทำให้ดู วิธีการสอนแบบสาธิตเป็นวิธีสอนที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในการเรียนรู้ได้รวดเร็ว และเมื่อผลสัมฤทธิ์ได้ดีกว่าวิธีการสอนแบบอื่นๆ อีกหลายวิธี

การสาธิตเป็นการแสดงโดยผู้สอนให้เรียนได้เห็นสภาพการณ์ที่แท้จริง โดยแสดงให้เห็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิบัติ การใช้เครื่องมือหรือการทดลองต่างๆ แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลองทำตามตามที่เรียนรู้อย่างมีวิธีการดังนี้

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ไว้ให้พร้อม
2. ผู้สาธิตหรือผู้สอนจะอธิบายหรือชี้แจงหลักการ วิธีการและขั้นตอนการสาธิตให้ผู้เรียนรู้ก่อนทำการสาธิต
3. ระหว่างการสาธิต ผู้สาธิตหรือผู้สอนอาจบรรยายหรืออธิบายไปด้วย เพื่อให้ผู้เรียนทำความเข้าใจรายละเอียดต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้นและผู้เรียนอาจซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมในระหว่างนี้ด้วย
4. หลังการสาธิตควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติบ้าง เพื่อทดสอบว่ามีความเข้าใจถูกต้องหรือไม่ หรือเปิดอภิปรายแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่ได้ดูไปแล้ว

ข้อดีของการสาธิต

1. การแสดงให้เห็นจริงทีละขั้นตอน สามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจและเชื่อถือได้มากกว่าการฟังหรือการอ่าน
2. สามารถนำของจริงหรือรูปจำลองมาแสดงให้เห็นได้
3. ขั้นตอนต่างๆ ของการทดลอง สามารถยืดหยุ่นได้ ซึ่งบางตอนแสดงให้ดูอย่างละเอียดได้ หรืออาจจะทำซ้ำเมื่อจำเป็น
4. การแสดงให้เห็นด้วยข้อเท็จจริง รวมทั้งการได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเองมีส่วนช่วยให้เกิดความสนใจและสนใจใฝ่อยากทดลองปฏิบัติตามแนวทางใหม่
5. เทคนิคการสาธิตนี้สามารถใช้กับผู้เรียนทุกประเภท ทุกระดับ

ข้อจำกัดของการสาธิต

1. ใช้เวลาในการเตรียมและซักซ้อมข้อมูลอย่างระมัดระวังเป็นอย่างมาก เพื่อให้แน่ใจว่าการแสดงนั้นถูกต้องสมบูรณ์

2. การสาธิตไม่เหมาะสมสำหรับผู้เรียนจำนวนมาก เพราะจะไม่สามารถเห็นการสาธิตได้อย่างชัดเจน

3. หากไม่มีการแนะนำหรือชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ดีพอ ผู้เรียนอาจมองข้ามจุดสำคัญของการแสดงไปได้

4. เทคนิคอาจใช้เนื้อหาสาระบางเรื่องเท่านั้นซึ่งไม่อาจใช้ได้กับทุกเรื่องและทุกประเภทได้

ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลวิธีทางสุขศึกษาที่ได้นำมาใช้ในการจัดโปรแกรมครั้งนี้ คือ การบรรยาย การแจกเอกสารคู่มือ และการสาธิต

1.4.2 การเลือกวิธีการให้สุขศึกษา การใช้วิธีการศึกษาที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง องค์ประกอบที่ควรนำมาวิเคราะห์เพื่อเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมควรอาศัยเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ (ไพฑูรย์ ลือภิญญา. 2542: 54 – 55; อ้างอิงมาจาก สุรีย์ จันทรโมลี. 2527: 5)

1. วิธีการสอนแต่ละชนิดที่นำมาใช้ ผู้ใช้ต้องมีความรู้ในวิธีการนั้นๆ อย่างดี รู้ถึงจุดมุ่งหมาย เทคนิคการใช้ ข้อดี ข้อเสีย ข้อควรระวังไม่ควรดำเนิน วิธีการสอนวิธีใดวิธีหนึ่งว่าไม่ดีเพราะเป็นสิ่งแสดงว่าผู้สอนไม่มีความรู้ในการเลือกวิธีสอน ไม่มีความรู้ในการใช้วิธีการสอนนั้นๆ เพราะวิธีการสอนแต่ละชนิดจะมีจุดอ่อนหรือมีข้อเสียและมีข้อดีอยู่ในตัว

2. วิธีการต้องเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้สอนจะต้องรู้จักวิเคราะห์ผู้เรียนคือใคร จะให้ความรู้เรื่องอะไร ทำไมจึงต้องให้ควรเขียนวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ต้องการให้เกิดผลอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะช่วยเป็นแนวทางในการเลือกวิธีการสอนให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย การเลือกวิธีการสอนเหมือนกับการเลือกเสื้อผ้า รองเท้า ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้สวมใส่

3. เลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียน เช่น วิธีสอนสำหรับรายบุคคล รายกลุ่ม กลุ่มใหญ่กับกลุ่มเล็ก เช่น ถ้าสอนกลุ่มใหญ่ 400 หรือ 500 คน ถ้าใช้การอภิปรายกลุ่ม อาจไม่มีห้องหรือที่ปรึกษาเพียงพอ

4. ควรเลือกวิธีการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ทางตา ทางหู ทางจมูก ทางลิ้น การสัมผัส การเรียนรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า ทำให้ผู้เรียนเกิดการเข้าใจ จำได้ ประทับใจ สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ วิธีการสอนจึงต้องใช้หลายวิธี

5. การเลือกวิธีการสอน ควรคำนึงถึงช่วงเวลาที่มียู่ วิธีการบางอย่างต้องใช้เวลาเตรียมตัวมาก บางวิธีการใช้เวลาเตรียมตัวน้อย เช่น การประชุมกลุ่มย่อย ใช้เวลาน้อย ส่วนการประชุมกลุ่มใหญ่ใช้เวลามากกว่า การสอนบางวิธีต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่จะใช้ประกอบการสอน มักต้องใช้เวลา เช่น การสอนแบบสาธิต

6. วิธีการสอนแต่ละชนิด ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่างกัน เกิดทักษะต่างกัน วิธีการสอน บางชนิดให้ความรู้อย่างเดียว บางชนิดฝึกทักษะ บางชนิดฝึกความสามารถ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพควรพิจารณาเลือกวิธีการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้จักคิดเป็น ทำเป็น รู้จักใช้เหตุผล ใช้สติปัญญา และการไตร่ตรองให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เรียน เลือกวิธีการสอนที่ทำให้เกิดแนวคิดหลักทางด้านสุขภาพที่ดี เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสังคมของผู้เรียน

7. ใช้วิธีการสอนที่ยืดผู้เรียนหรือผู้ปวยเป็นหลัก และวิธีการสอนที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เลือกวิธีการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนนำไปประยุกต์ปฏิบัติตามได้

8. วิธีการสอนแต่ละชนิด ควรคำนึงถึงเวลาที่จะใช้ ถ้ามีเวลาจำกัด แต่เลือกใช้วิธีการสอนที่ต้องใช้เวลา จะทำให้การสอนไม่ครบกระบวนการ ต้องเร่งรีบ ทำให้ไม่ได้ผล นอกจากนั้น วิธีการที่นำมาใช้ต้องคำนึงถึงการประหยัดด้านแรงงาน เศรษฐกิจ ความเป็นไปได้ เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

9. รู้จักดัดแปลง วิธีการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนกับสภาพท้องถิ่นกับสถานการณ์ หรือเหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น

10. ในการใช้วิธีการสอนแต่ละชนิดควรคำนึงถึงองค์ประกอบอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การใช้แรงจูงใจ การเสริมกำลังใจ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ บรรยากาศ สถานที่ เพื่อช่วยให้วิธีการสอนนั้นๆ ดำเนินไปด้วยความราบรื่น ประทับใจ ดึงดูดความสนใจ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความพอใจ ส่งเสริมให้สนใจติดตามการรักษาต่อไป

11. หลังจากใช้วิธีการสอนแต่ละชนิด ควรจะได้ประเมินผลวิธีการนั้นๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

เวบบ์ และคนอื่นๆ (Webb and others. 1984; 633 – 643) ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร พบว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเรื่อง การควบคุมอาหาร มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการควบคุมอาหาร

ทาเกโกชิ และคณะ (Takekoshi, et al. 1987: 149 – 152) ได้ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 103 คน ในระยะเวลา 10 ปี ของโรงพยาบาล ไชเซโก ประเทศญี่ปุ่น โดยให้ความสนใจศึกษาอิทธิพลการออกกำลังกายและการขาดการออกกำลังกายต่อการเป็นโรคเบาหวาน แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน อายุระหว่าง 33 – 60 ปี ใช้ช่วงเวลาการศึกษา 10 ปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีการออกกำลังกาย กลุ่มที่ 2

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 50 คน อายุระหว่าง 25 – 60 ปี ออกกำลังกายโดยการเดินเป็นเวลา 30 นาทีทุกวัน กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 23 คน อายุระหว่าง 35 – 60 ปี ออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ เป็นเวลา 30 นาทีทุกวัน ผลการศึกษาพบว่าธรรมชาติความอ้วนของผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการเดิน และวิ่งเหยาะๆ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่วิ่งเหยาะๆ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายและออกกำลังกายด้วยการเดิน นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราความชุกของโรคแทรกซ้อน คือ โรคจอรับภาพของตาเสื่อม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกาย และออกกำลังกายด้วยการเดินเพิ่มมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งเหยาะๆ อัตราความชุกของโรคเส้นโลหิตแข็ง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกาย และผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการเดินเพิ่มมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลันแมน แอสพลัดและนอร์เบอร์ก (Lundman, Asplund & Norberg. 1990: 255 – 262) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล Sundsvall ประเทศสวีเดน จำนวน 428 ราย พบว่า คุณภาพการดูแลตนเองในผู้ป่วยอายุมากจะดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อยจะมีความวิตกกังวล ขาดอิสรภาพ รู้สึกไม่ปลอดภัยและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยยังมีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า

กู๊ด (Good. 1993: 120) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะท้องผูกเรื้อรังในบ้านพักคนชรา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองภายใต้แนวคิดของนิวแมน (Neuman) โดยใช้วิธีทางธรรมชาติ แบ่งกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีภาวะท้องผูกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะท้องผูกเรื้อรังและได้รับยาระบาย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะท้องผูกได้ยาระบายและมีการลดยาระบาย โดยเพิ่มอาหารกากใยหรือเส้นใยอาหารเสริมซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาระบายในผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ANOVA ผลการศึกษานับสนุนการพยาบาลคือการให้เส้นใยอาหารสามารถลดภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่มีภาวะท้องผูกเรื้อรังแทนยาระบายเป็นประจำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 การให้เส้นใยอาหารช่วยทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .014 และการให้เส้นใยอาหารไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระของผู้สูงอายุที่มีภาวะท้องผูกเรื้อรังได้ที่ระดับ .0744 ตามลำดับ

ฮอลล์ และคณะ (Hall, et al. 1995: 11 – 20) ศึกษาการจัดการกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเส้นเลือดและจำกัดการเคลื่อนไหวที่รักษาในโรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงทดลองภายใต้กระบวนการประกันคุณภาพ (QAI) ซึ่งจะมีการประเมินผลงานทุกๆ 3 เดือนจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทุก 1 ปี เป็นระยะเวลา 4 ปี ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเลือดและจำกัดการเคลื่อนไหวที่รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 33 คน ผลการรักษาใน 3 เดือนแรกพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีเพียง 3 คน ภายหลังให้โปรแกรมการจัดการกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ต้อง

ผ่าตัดเส้นเลือดและจำกัดการเคลื่อนไหวที่รักษาในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีภาวะ ท้องผูก 2 ใน 3 แต่ไม่ได้รับการยอมรับ เพราะกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ในช่วงที่ 2 การประเมินกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หลังให้โปรแกรมการจัดการกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเส้นเลือดและ จำกัดเคลื่อนไหวร้อยละ 90 ไม่มีภาวะท้องผูก ช่วงที่ 3 ของการประเมินผลการศึกษพบว่า เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95 และในการศึกษาปีที่ 2 – 4 พบว่า การให้เส้นใยอาหารสามารถทำให้ไม่ เกิดภาวะท้องผูก คือร้อยละ 89 ในผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเส้นเลือดและจำกัดการเคลื่อนไหวที่รักษา ในโรงพยาบาล

ลอนด์ (Lohn. 1996: 1709 – A) ได้ศึกษาแนวทางการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน โดยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและการตรวจน้ำตาลในเลือดของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน ศึกษาเกี่ยวกับอายุ เพศ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการ ตรวจน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาพบว่า ประชากรที่มีอายุ 30 – 65 ปี ตรวจพบเป็น โรคเบาหวานร้อยละ 24.6 และประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 49.2 ซึ่ง จากการวิเคราะห์ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคพบว่า มีสาเหตุจากโรคอ้วนเป็นส่วนใหญ่ อัน เนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูง โดยในเพศชายพบว่ร้อยละ 84 เป็นโรคอ้วน เพศ หญิงพบร้อยละ 96 เป็นโรคอ้วน จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 งานวิจัยภายในประเทศ

ศิริมา เขมะเพชร (2540: 146 – 150) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดย ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ความสามารถ ตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ อายุ ระยะเวลาการเข้าสู่วัยหมด ระดู ประสพการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$)

จุฑารัตน์ กัมพลานนท์ (2540: 131 – 132) ได้ศึกษาประสิทธิภาพผลของกระบวนการ กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ซึ่งใช้แผนการวิจัยชนิดกลุ่มเดียว (One group pre – post test design) ทำกิจกรรมกระบวนการกลุ่มใช้เวลา 14 วัน วันละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ผลการศึกษา

พบว่า ความรู้ เจตคติและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลังดำเนินกิจกรรมกลุ่มดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรม กลุ่มผู้สูงอายุที่มีเพศ สภาพการเป็นอยู่และมีรายได้เฉลี่ยต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่ต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน

ทิพวรรณ ไตรติลลันท์ (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่า หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังได้ผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรม การมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับคะแนนความเจ็บปวด และจำนวนครั้งของชีพจรขณะพักก่อนนาทีก่อนกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับ เอช.ดี.แอล ในเลือดของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการกระตุ้นเตือน ทำให้ผู้ป่วยหลังส่วนล่างเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมด้านแสดงอิริยาบถที่เหมาะสม การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในโอกาสต่อไปได้

สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์ (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 98 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนั้นพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัมพร ศรีสารวจ (2541: 69) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย ได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น และกลุ่มควบคุม 22 ราย ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรามีประสิทธิภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน

การโรค ด้านความรู้เรื่องโรค ความคาดหวังในผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประณีต สิงห์ทอง (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำหนักให้ลดลงได้

นุชรี ไหลพันธ์ (2542: 75) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 ราย ได้รับการสอนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม 7 ราย ได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการสอนและหลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการสอนทันที 3 วัน ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรพินท์ กายโรจน์ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาล ท่าศาลา โรงพยาบาลลานสกา และโรงพยาบาลปากพนัง กลุ่มตัวอย่างอายุ 40 – 59 ปี จำนวน 218 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูงหรือมาก

เบญจมาศ ไตรบรรณ (2543: 72) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานภายหลังทำการทดลองสูงกว่าก่อนทำการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

นัตยา เกรียงชัยพุกษ์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการดูแลตนเองด้านการบริโภค อาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนีย์ เก่งกาจ (2544: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย เบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวม และรายด้านในระดับสูง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยรวมและรายด้านสูงทุกด้านยกเว้น ด้านการออกกำลังกายมีพฤติกรรมป้องกันในระดับปาน กลาง และพบว่าการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการ ปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดารณี ทองสัมฤทธิ์ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการจัดโปรแกรมบริหารแบบไทยต่อ การควบคุมภาวะโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ผล การศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการจัดโปรแกรมบริหารแบบไทยมี ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ ตัวที่ถูกต้อง พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาสูงกว่าและมีการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ และมีค่าเฉลี่ย คะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ของคะแนนความคาดหวังในความสามารถของ ตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้น ขาสูง และมีการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม ดีกว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อมรรัตน์ อัญชลีสังกาศ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรม คลินิกโรคเบาหวาน ดีกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอ้างอิง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เขมกร นาคศรี (2546: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (2) ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า การควบคุมโรคเบาหวานนั้น บุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเบาหวานเอง ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยและญาติไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ดูแลตนเอง หรือดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสมแล้วก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เกิดความทุกข์ทรมานซึ่งอาจทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต รวมทั้งเกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงเศรษฐกิจระดับประเทศด้วย ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาที่สำคัญดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะจัดประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมซึ่งจะส่งผลไปถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. รูปแบบการทดลองและแผนของการศึกษาค้นคว้า
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 3.1 ประเภทเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 3.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 3.3 การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
4. การดำเนินการทดลอง
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประกอบไปด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 68 ศูนย์ เลือกศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 2 ศูนย์ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน ได้แก่

1. ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ จำนวน 346 คน (สถิติแบบรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2553)
2. ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ จำนวน 226 คน (สถิติแบบรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2553)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 ศูนย์ มีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ศูนย์ ด้วยวิธีการสุ่มแบ่งกลุ่ม (Assigned Random Sampling) ได้ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุณรอต รุ่งเรือง เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับสุขศึกษาตามปกติ
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ในข้อ 1 โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ศูนย์ละ 30 คน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า คือ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ในระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการสามารถถามตอบได้

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. ผู้ป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ
2. แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษา

รูปแบบการทดลองและแผนของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experiment Group) ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ได้รับสุขศึกษาตามปกติที่เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดให้

แบบการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบ Non randomized Control group Pretest Posttest design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 65 – 66)

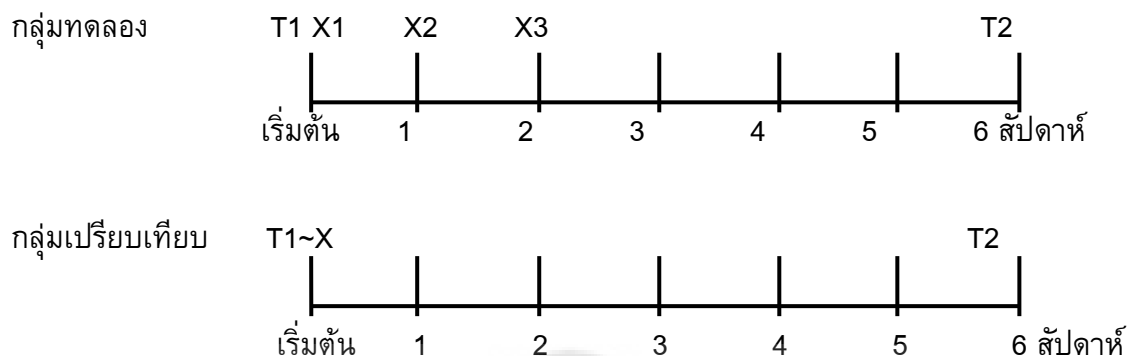
กลุ่มทดลอง	T1	X	T2
กลุ่มเปรียบเทียบ	T1	~X	T2

สัญลักษณ์ที่ใช้ในรูปแบบการทดลอง

- T1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม
 T2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังได้รับโปรแกรม
 X หมายถึง การได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 ~X หมายถึง การได้รับสุขศึกษาตามปกติ

ภาพประกอบ 4 แบบการวิจัย

แผนของการศึกษาค้นคว้า จากแบบการวิจัยได้กำหนดแผนการทดลอง ดังนี้



โดยกำหนดให้

- T1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม (Pre – test)
- T2 หมายถึง การเก็บข้อมูลภายหลังได้รับโปรแกรม (Post – test)
- X1 หมายถึง การได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครั้งที่ 1
- X2 หมายถึง การได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครั้งที่ 2
- X3 หมายถึง การได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครั้งที่ 3
- ~X หมายถึง การได้รับสุขศึกษาตามปกติ

ภาพประกอบ 5 แผนการศึกษาค้นคว้า

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประเภทเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย
 - 1.1 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม (ภาคผนวก หน้า 88 – 106)
 - 1.2 คู่มือ หัวเราะเคาะโรค หัวเราะบำบัด (ภาคผนวก หน้า 108 – 124)
 - 1.3 ใบความรู้ ขำย่ำปักข์ได้ (ภาคผนวก หน้า 125 – 127)
 - 1.4 แผ่นพับให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน (ภาคผนวก หน้า 128 – 129)
 - 1.5 โปสเตอร์ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อประกอบการบรรยาย (ภาคผนวก หน้า 130)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งแบบประเมินออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย ชื่อ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานที่พักอาศัย ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะคำถามแบบ ถูกผิด จำนวน 17 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ร้อยละเฉลี่ย	มากกว่าร้อยละ 80	หมายถึง	ความรู้ระดับดี
ร้อยละเฉลี่ย	ร้อยละ 60 – 80	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
ร้อยละเฉลี่ย	น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นคำถามให้เลือกคำตอบตามความคิดเห็น มีลักษณะแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวน 18 ข้อ

เกณฑ์ในการให้คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก		ข้อความที่มีลักษณะทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538: 9)

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 2.33 – 3.67	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.32	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมความสามารถแห่งตน เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นคำถามให้เลือกตอบตามความถี่การปฏิบัติ มีลักษณะแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ จำนวน 14 ข้อ

เกณฑ์ในการให้คะแนน

	ข้อความที่มีลักษณะทางบวก	ข้อความที่มีลักษณะทางลบ
ปฏิบัติทุกวัน	3 คะแนน	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	1 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538: 9)

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสมรรถนะแห่งตนในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสมรรถนะแห่งตนในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0 – 0.99 หมายถึง มีพฤติกรรมสมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 สมุดประจำตัวผู้ป่วย บันทึกระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้เกณฑ์การแปลผลระดับน้ำตาลในเลือด ตามเป้าหมายที่พึงควบคุม (Goal Diabetic Control) (วรรณิ นิธิยานันท์. 2539: 3) คือ

น้ำตาล 80 – 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง การควบคุมอยู่ในระดับดี

น้ำตาล 121–140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง การควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง

น้ำตาล >140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง การควบคุมอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และทฤษฎีความสามารถแห่งตน
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสาร และตำราที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามารสร้างโปรแกรมสุขศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน แผนการสอน เอกสารคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีเนื้อหาครอบคลุมในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน
3. นำเครื่องมือไปให้ประธานและคณะกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์พิจารณา และผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าทั้ง 2 ประเภทไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงพินิจ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาคู่มือหัวเราะเคาะโรค หัวเราะบำบัด ใบความรู้ ขวดยาปักชำใต้ แผ่นพับให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและโปสเตอร์ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อประกอบการบรรยาย ผลการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (ภาคผนวก ก หน้า 86) ตรวจสอบความตรงเชิงพินิจ พิจารณาความชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ภาษา ความถูกต้องเหมาะสมของแนวคิดในการสร้างและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยของโปรแกรมสุขศึกษา แผ่นพับ โปสเตอร์ และใบความรู้ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ก่อนนำไปทดลองใช้

1.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อดูความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาในการจัดกิจกรรม แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้การดูแลตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การหาความตรงเชิงพินิจ (Content Validity) แบบประเมินที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงพินิจ จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน นำมาหาดัชนีความสอดคล้อง (IC) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 117) และเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ตรวจสอบความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

2.2 นำแบบประเมินที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตามเกณฑ์ไปทดลองใช้ (Try out) นำมาตรวจให้คะแนนและวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

2.2.1 แบบทดสอบความรู้ มีข้อคำถาม 17 ข้อ ที่ผ่านเกณฑ์ ดังนี้

1) วิเคราะห์ค่าความยาก (Difficulty) นำแบบทดสอบความรู้ มาหาค่าความยากโดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อของจำนวนผู้ตอบทั้งหมด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 129) ได้ค่าความยากระหว่าง 0.20 – 0.74

2) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) นำแบบทดสอบความรู้ มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยวิธีหาค่าความสัมพันธ์แบบพอยท์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) (สฤณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 119) ได้ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.29 – 0.74

3) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบทดสอบความรู้ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson 20) (สฤณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 121) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.71

2.2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง มีข้อคำถาม 18 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการความสามารถแห่งตน มีข้อคำถาม 14 ข้อ ที่ผ่านเกณฑ์ ดังนี้

1) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการความสามารถแห่งตน มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับเมื่อหักคะแนนข้อนั้นออก (Corrected Item to total correlation) (สฤณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 117 – 118) ข้อคำถามการรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.23 – 0.80 ข้อคำถามพฤติกรรมการความสามารถแห่งตน มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.21 – 0.78

2) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการความสามารถแห่งตน มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.77 และ 0.79 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง และศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคลวอน วังตาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวาน

1.2 ติดต่อประสานงาน กับหัวหน้าพยาบาล และพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เตรียมผู้ช่วยดำเนินการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขศึกษา และพนักงานสุขภาพชุมชน ของศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง และนิสิต ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 3 คน เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.4 จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม เช่น ห้อง โต๊ะ เก้าอี้ โปสเตอร์ แผ่นพับ และเอกสารต่างๆ เป็นต้น

2. ขั้นตอนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนสำหรับกลุ่มทดลอง ดังตาราง 2

ตาราง 2 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนสำหรับกลุ่มทดลอง

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการเรียนการสอน	เวลา
1 (เริ่มต้น)	- เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม	- การเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการทดลอง (Pre – test) - สร้างความเป็นกันเอง สนทนากับผู้เข้าร่วมกิจกรรมในเรื่องทั่วไป ด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย - แบ่งกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยเกี่ยวโรคเบาหวาน - สรุปการสนทนาและนัดหมายการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป	120 นาที 60 นาที
2 (สัปดาห์ที่ 1)	- เพื่อให้กลุ่มทดลองทราบถึงความหมาย ความสำคัญ และจุดมุ่งหมายของพฤติกรรมความสามารถแห่งตน	- การให้สุขศึกษาด้วยวิธีการบรรยายโรคเบาหวานเกี่ยวกับสาเหตุ ชนิด อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรคเบาหวาน และข้อควรปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อ	60 นาที

ตาราง 2 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	เวลา
	- เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง - เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถออกกำลังกายในท่าที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	การควบคุมระดับน้ำตาล พร้อมการแจกเอกสารคู่มือ เรื่องโรคเบาหวาน - สาธิตการเตรียมน้ำเกลือ 0.9% เพื่อแช่เท้า - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย - การใช้ตัวแบบ ผู้วิจัยแนะนำตัวแบบซึ่งคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพทุกๆ ไป - วิทยากรพิเศษสาธิตและฝึกอารมณ์โดยการหัวเราะบำบัด	60 นาที 90 นาที
3 (สัปดาห์ที่ 2)	- เพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าใจถึงพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับโรคเบาหวาน - สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมความสามารถแห่งตน	- ตัวแบบสมาชิกกลุ่มสาธิตการทำข้าว ยำ ปัก ษ์ ได้ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อแนะนำการบริโภคอาหารที่ถูกวิธีแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ - สมาชิกกลุ่มร่วมสรุปการปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	90 นาที 90 นาที
4 (สัปดาห์ที่ 6)		- การเก็บข้อมูลหลังดำเนินการทดลอง (Post – test)	120 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 – สิงหาคม 2554 เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

1. เมื่อเริ่มต้นวิจัย (Pre – test) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบประเมินที่สร้างขึ้น ณ คลินิก เบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง และศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. เมื่อสิ้นสุดการวิจัย (Post – test) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบประเมินชุดเดิม ณ คลินิก เบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง และศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และนัดหมายเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน กรณีที่ไม่สามารถมาตามนัดหมายได้

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินแต่ละฉบับเพื่อความถูกต้อง

2. ตรวจให้คะแนนแบบประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. ลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยข้อมูล ที่นำมาทดสอบต้องอยู่ในมาตราการวัด Nominal Scale ที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Fisher exact test)

3.3 การแปลงค่าตัวแปรสุ่มแบบทวินามให้เป็นตัวสุ่มแบบต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการปรับให้ ต่อเนื่อง (Continuity correction)

3.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและ หลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าที (Dependent t – test)

3.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

1) ก่อนได้รับโปรแกรม ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าที (Independent t – test)

2) หลังได้รับโปรแกรม ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ และระดับน้ำตาลใน เลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าที (Independent t – test)

3) หลังได้รับโปรแกรม ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรม (Gain score analysis) ของการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าที (Independent t – test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการคำนวณค่าสถิติ ดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535: 101)

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

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
 n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541: 36)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
 $\sum x$ แทน ค่าผลรวมของคะแนน
 n แทน จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541: 65)

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

เมื่อ S แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$$\frac{(\sum x)^2}{n} \text{ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง}$$

$$n \text{ แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง}$$

2. สถิติที่ใช้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้า

2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงพินิจตามดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับลักษณะเฉพาะกลุ่ม โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบประเมิน

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การทดสอบผลการทดลองใช้เครื่องมือ

2.2.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

1.) ค่าความยากง่าย (P) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 125 – 129)

$$p = \frac{r}{n}$$

เมื่อ p แทน ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบ

r แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

n แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

2.) ค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซรียล (Point biserial Correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 119)

$$r_{pbis} = \frac{\overline{y_p} - \overline{y_q}}{Sy\sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ดัชนีสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซรียล

$\overline{y_p}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก

$\overline{y_q}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
s_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
p	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก
q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือ คือ $(1 - q)$

3.) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีของคูเดอร์ (Kuder – Richardson)
สูตรที่ 20 (KR_{20}) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 121)

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

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อในแบบทดสอบ
	S_t^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ
	p	แทน	สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ หรือ $1 - p$

2.2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่ง
ตน

1.) ค่าอำนาจจำแนก ใช้วิธีวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับ
คะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (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	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x

$$\sum y^2 \text{ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน } y$$

$$\sum xy \text{ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน } x \text{ และ } y$$

2.) ค่าความเชื่อมั่น หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 118)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[1 - \frac{\sum si^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
 n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 $\sum si^2$ แทน คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
 s_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าที (dependent t – test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 165) จากสูตร

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงความถี่
 D แทน ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
 n แทน จำนวนคู่
 df แทน ชั้นแห่งความอิสระ
 D^2 แทน ผลรวมของ D แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum D)^2$ แทน ผลรวมของ D ทั้งหมดยกกำลังสอง

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าที่ (independent t – test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 162) จากสูตร

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t – distribution
	$\bar{x}_1, \bar{x}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
	s_1^2, s_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
$\bar{d}$	แทน	ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง
s	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที (t – distribution)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลาเก็บข้อมูล 6 สัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การอยู่ร่วมในครอบครัว และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด

ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 คะแนนและระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.2.1 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยภายในกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มตัวอย่าง

2.2.2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การอยู่ร่วมในครอบครัว

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะประชากรของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)	p
เพศ			
ชาย	3 (10.00)	10 (33.30)	.532 ^F
หญิง	27 (90.00)	20 (66.70)	
อายุ			
40 – 60 ปี	7 (23.33)	6 (20.00)	.120 ^F
มากกว่า 60 ปี	23(76.67)	24 (80.00)	

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)	p
$\bar{x} \pm s$	66.40±9.93	66.90±7.10	
min – max	41 – 82	55 – 79	
สถานภาพสมรส			
คู่	20 (66.67)	29 (96.67)	1.000 ^F
โสด และหม้าย / หย่า / แยก	10 (33.33)	1 (3.33)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	22 (73.33)	22 (73.33)	1.000 ^F
มัธยมศึกษา	8 (26.67)	8 (26.67)	
อาชีพ			
ทำงานมีรายได้ของตนเอง	10 (33.33)	8 (26.67)	.682 ^F
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	20 (66.67)	22 (86.70)	
รายได้ครอบครัว			
น้อยกว่า 5000 บาท	14 (46.67)	16 (53.33)	.980 ^C
5,000 ขึ้นไป	16 (53.33)	14 (46.67)	
การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว			
อยู่คนเดียว	4 (13.33)	5 (16.67)	.538 ^F
คู่สมรส บุตรและญาติพี่น้อง	26 (86.67)	25 (83.33)	

หมายเหตุ

F หมายถึง ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Fisher's exact test

C หมายถึง ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Continuity correction

จากตาราง 3 พบว่าคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 66.70

อายุ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี โดยกลุ่มทดลองพบร้อยละ 76.67 เฉลี่ยอายุ 66.40 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบพบร้อยละ 80.00 เฉลี่ยอายุ 66.90 ปี

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ โดยกลุ่มทดลองพบร้อยละ 66.70 และกลุ่มเปรียบเทียบพบร้อยละ 83.30

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 และระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 26.67

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ส่วนใหญ่มีอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน โดยพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 66.67 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 86.70

รายได้ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีรายได้ครอบครัวกระจายอยู่ในกลุ่มรายได้น้อยกว่า 5000 บาท และ 5,000 ขึ้นไป ใกล้เคียงกัน โดยพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 46.67 และ 55.33 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 55.33 และ 46.67 ตามลำดับ

การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตร และญาติพี่น้อง โดยพบในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.67 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 83.33

1.1 ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด

ตาราง 4 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง $\bar{x} \pm s$	กลุ่มเปรียบเทียบ $\bar{x} \pm s$	p
ดัชนีมวลกาย			
ผอม (18.5)	1 (3.33)	2 (6.66)	
ปกติ (18.5 – 24.9)	6 (20.00)	10 (33.33)	
น้ำหนักเกิน (23 – 24.9)	8 (26.66)	4 (13.33)	
อ้วน	15 (50.00)	14 (46.66)	0.146 ⁱ
อ้วนระดับ 1 (25 – 29.9)	11 (36.66)	12 (40.00)	
อ้วนระดับ 2 (> 30)	4 (13.33)	2 (6.66)	
$\bar{x} \pm s$	24.97±4.42	23.88±3.69	

ตาราง 4 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง $\bar{x} \pm s$	กลุ่มเปรียบเทียบ $\bar{x} \pm s$	p
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน			
10 – 15 ปี	25 (83.33)	25 (83.33)	0.116 ^t
> 15 ปี	5 (16.66)	5 (16.66)	
$\bar{x} \pm s$	13.27±1.23	13.90±1.44	
min – max	10 – 20	12 – 17	
ระดับน้ำตาลในเลือด			
80 – 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	14 (46.66)	9 (30.00)	0.343 ^t
121 – 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	7 (23.33)	10 (33.33)	
> 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	9 (30.00)	11 (36.66)	
$\bar{x} \pm s$	140.40±56.99	136.00±21.74	
min – max	82 – 365	106 – 180	

หมายเหตุ

t หมายถึง ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent t – test

จากตาราง 4 พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองพบร้อยละ 50.00 และกลุ่มเปรียบเทียบพบร้อยละ 46.66

ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 13 ปี โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 13.27 และร้อยละ 83.33 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 – 15 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 13.90 และร้อยละ 83.33 มีระยะเวลาการป่วย 10 – 15 ปี

ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 140.40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร พบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 80 – 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 46.66 รองลงมา มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.00 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 136.00 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และพบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 36.66 รองลงมา มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 121 – 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

**ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรม
ความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง**

**2.1 คะแนนและระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง
พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง**

ตาราง 5 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม จำแนกตามระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรม
ความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนได้รับ โปรแกรม	หลังได้รับ โปรแกรม	ก่อนได้รับ โปรแกรม	หลังได้รับ โปรแกรม
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน				
ควรปรับปรุง (< 60 %)	12 (40.00)	0	6 (20.00)	1 (3.30)
ปานกลาง (60 – 80 %)	9 (30.00)	1 (3.30)	20 (66.70)	17 (56.70)
ดี (> 80 %)	9 (30.00)	29 (96.70)	4 (13.30)	12 (40.00)
$\bar{X} \pm s$	68.43±17.17	91.57±7.03	69.22±9.10	76.61±8.53
ระดับ	ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
ต่ำ (1.00 – 2.32)	3 (10.00)	0	0	0
พอใช้ (2.33 – 3.67)	11 (36.70)	0	27 (90.00)	28 (93.30)
ดี (3.68 – 5.00)	16 (53.30)	30 (100.00)	3 (10.00)	2 (6.70)
$\bar{X} \pm s$	2.30±0.34	2.71±0.13	1.99±0.20	2.08±0.18
ระดับ	พอใช้	ดี	พอใช้	พอใช้
พฤติกรรมความสามารถแห่งตน				
ต่ำ (0 – 0.99)	5 (16.70)	0	3 (10.00)	1 (3.30)
พอใช้ (1.00 – 2.00)	9 (30.00)	2 (6.70)	25 (80.0)	27 (90.00)
ดี (2.01 – 3.00)	16 (53.30)	28 (93.30)	2 (6.70)	2 (6.70)
$\bar{X} \pm s$	2.06±0.48	2.72±0.17	1.91±0.24	2.01±0.22
ระดับ	พอใช้	ดี	พอใช้	พอใช้

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
ระดับน้ำตาลในเลือด				
80 – 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	14 (46.66)	22 (73.33)	9 (30.00)	11 (36.66)
121 – 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	7 (23.33)	5 (16.66)	10 (33.33)	13 (43.33)
> 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	9 (30.00)	3 (10.00)	11 (36.66)	6 (20.00)
$\bar{X} \pm s$	140.40±56.59	119.77±23.64	136.00±21.74	130.20±21.46
ระดับ	ปรับปรุง	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในระดับเดียวกัน หลังได้รับโปรแกรม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับเดิม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความรู้ระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ในระดับดี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ในระดับปานกลาง

การรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระดับพอใช้ หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระดับพอใช้

พฤติกรรมความสามารถแห่งตน ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนอยู่ระดับพอใช้ หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตน อยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนอยู่ระดับพอใช้

ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน ดังนี้ ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับควรปรับปรุง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม คืออยู่ในระดับปานกลาง

2.2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.2.1 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยภายในกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนได้รับ โปรแกรม $\bar{x} \pm s$	หลังได้รับ โปรแกรม $\bar{x} \pm s$	t	p
กลุ่มทดลอง				
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	68.43±17.17	91.57±7.03	10.26*	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	2.30±0.34	2.71±0.13	9.20*	<.001
พฤติกรรมความสามารถแห่งตน	2.06±0.48	2.72±0.17	10.27*	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	140.40±56.69	119.77±23.64	2.73*	.005
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	69.22±9.10	76.61±8.53	7.65*	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	1.99±0.20	2.08±0.18	3.70*	<.001
พฤติกรรมความสามารถแห่งตน	1.91±0.24	2.01±0.22	3.29*	.002
ระดับน้ำตาลในเลือด	136.00±21.74	130.20±21.46	1.54	.067

จากตาราง 6 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ดีวก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 136.00 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.74 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หลังได้รับโปรแกรมลดลงเล็กน้อยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 130.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.46 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง $\bar{x} \pm s$	กลุ่มเปรียบเทียบ $\bar{x} \pm s$	t	p
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	68.43 $\pm$ 17.17	69.22 $\pm$ 9.10	0.22	0.40
การรับรู้ความสามารถตนเอง	2.30 $\pm$ 0.34	1.99 $\pm$ 0.20	4.59*	<.001
พฤติกรรมความสามารถแห่งตน	2.06 $\pm$ 0.48	1.91 $\pm$ 0.24	1.73*	0.04
ระดับน้ำตาลในเลือด	140.40 $\pm$ 56.69	136.00 $\pm$ 21.74	.409	.343

จากตาราง 7 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมความสามารถแห่งตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละความรู้เรื่องโรคเบาหวานเท่ากับ 68.43 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.17 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยร้อยละความรู้เรื่องโรคเบาหวานเท่ากับ 69.22 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.10 ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 2.30 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 1.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมความสามารถแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความสามารถแห่งตนเท่ากับ 2.06 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความสามารถแห่งตนเท่ากับ 1.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 140.40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 56.69 มิลลิกรัม/เดซิลิตร กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 136.00 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.74 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในตาราง 8 ผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{d}$) ในการทดสอบ

ตาราง 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง

พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง $\bar{x}/\bar{d} \pm s$	กลุ่มเปรียบเทียบ $\bar{x}/\bar{d} \pm s$	t	p
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($\bar{x}$)	91.57±7.03	76.61±8.53	8.18*	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด ($\bar{x}$)	119.77±23.64	130.20±21.46	1.80*	.041
การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\bar{d}$)	0.41±0.24	0.09±0.13	6.99*	<.001
พฤติกรรมความสามารถแห่งตน ($\bar{d}$)	0.66±0.35	0.10±0.17	8.87*	<.001

หมายเหตุ เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ด้วย $\bar{x}$

เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ด้วย $\bar{d}$

จากตาราง 8 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเฉลี่ยร้อยละ 91.57 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.03 กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเฉลี่ยร้อยละ 76.61 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.53 ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การรับรู้ความสามารถตนเอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองดีขึ้นเฉลี่ย 0.41 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ความสามารถตนเองดีขึ้นเฉลี่ยเพียง 0.09 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พฤติกรรมความสามารถแห่งตน หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนดีขึ้นเฉลี่ย 0.66 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนดีขึ้นเฉลี่ยเพียง 0.10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17 ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 119.77 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.64 กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 130.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.46 ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .041

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ในบทนี้เป็นการนำเสนอสรุปสาระสำคัญโดยย่อของวิธีการดำเนินการวิจัย สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานในการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 1.2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 1.3 พฤติกรรมความสามารถแห่งตน
 - 1.4 ระดับน้ำตาลในเลือด
2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
 - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 2.2 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.3 พฤติกรรมความสามารถแห่งตน
 - 2.4 ระดับน้ำตาลในเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรในการศึกษาค้นคว้า คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2 ศูนย์ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง จำนวน 346 คนขึ้นไป (สถิติแบบรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2553) และศูนย์บริการสาธารณสุข 18 มงคล วอน วังตาล จำนวน 226 คน (สถิติแบบรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2553)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์บริการสาธารณสุข 18

มงคล วอน วังตาล จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธีสุ่มแบ่งกลุ่ม (Assigned Random Sampling) และคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง แบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) ด้วยเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา คู่มือหัตถ์ระเคาะโรค หัตถ์ระเคาะบำบัด ใบความรู้ ข้าวยาปักซี่ได้ แผ่นพับให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน และโปสเตอร์ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อประกอบการบรรยาย มีความชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ภาษา ความถูกต้องเหมาะสมของแนวคิดในการสร้างโปรแกรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนกิจกรรมและระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้ทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบทดสอบความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 17 ข้อ มีค่าความยากระหว่าง 0.20 – 0.74 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.29 – 0.74 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71
3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.23 – 0.80 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77
4. แบบสอบถามพฤติกรรมความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 14 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.21 – 0.78 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม แบ่งออกเป็น

เริ่มต้นวิจัย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม ระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมกิจกรรม การทดลอง และการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 การให้สุขศึกษาโรคเบาหวาน สาธิตการเตรียมน้ำตาล 0.9% เพื่อแช่เท้า การเล่าประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สาธิตและฝึกการอมถันโดยการหัตถ์ระเคาะบำบัด

สัปดาห์ที่ 2 ตัวแทนสมาชิกกลุ่มสาธิตการทำข้าวยาปักซี่ได้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสมาชิกกลุ่มร่วมสรุปการปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 6 การประเมินผลของโปรแกรม โดยการทำแบบประเมินหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนในการใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น (Gain score) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Diviation)
2. การทดสอบสมมติฐานในการวิจัย ได้แก่ Dependent t – test ทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม Independent t – test ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมความสามารถแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมความสามารถแห่งตน สูงขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและสมมติฐาน ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานรายข้อต่ำสุด 5 ข้อ (ภาคผนวก ง หน้า 133) คือ ผู้ที่เป็นเบาหวานกินผักและผลไม้ได้ทุกชนิดโดยไม่จำกัดจำนวน (ข้อ 2.) เมื่อมีอาการชาเท้า ผู้ป่วยเบาหวานควรวางกระเป๋าน้ำร้อนเพื่อลดอาการชา (ข้อ 11.) ผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาชุดได้เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด (ข้อ 13.) การรักษาโรคเบาหวาน คือ การใช้ยา เพียงอย่างเดียว (ข้อ 14.) ผู้ที่เป็นเบาหวานขณะออกกำลังกายเมื่อมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ใจสั่น ไม่จำเป็นต้องหยุดออกกำลังกาย (ข้อ 8.) เมื่อได้รับการสอนสุขศึกษาโรคเบาหวาน เกี่ยวกับสาเหตุ ชนิด อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อน

ของโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรคเบาหวาน และข้อควรปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล เปิดโอกาสในการซักถามสิ่งที่สงสัย และร่วมแสดงความคิดเห็นหลังจากได้เรียนรู้จากผู้วิจัย ทำให้กลุ่มทดลองได้ความรู้ ความเข้าใจอย่างเพียงพอจากการเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ โดยตรง จึงนับได้ว่าการสอนหรือการให้ความรู้มีผลต่อการรับรู้ที่ถูกต้องชัดเจน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ในสภาวะการณ์ของตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ลิ้มพานนท์ (2537) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งประกอบด้วยความรู้ และการปฏิบัติตัว พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการลดการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าความรู้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดีขึ้นได้

2. การรับรู้ความสามารถตนเอง

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองรายข้อต่ำสุด 5 ข้อ (ภาคผนวก ง หน้า 134) คือ สามารถหาแบ่งฝุ่น ถ้าวางกายมีเหงื่อออกมาก (ข้อ 16.) สามารถเข้ารับการตรวจตาประจำปีโดยจักษุแพทย์ (ข้อ 12.) สามารถจัดหาครีมทา เมื่อผิวหนังแห้ง (ข้อ 15.) สามารถพกถุงกอมติดตัว เพื่อรับประทานเมื่อมีอาการตัวเย็น วิงเวียน ตาพร่ามัว คล้ายเป็นลม (ข้อ 13.) สามารถจัดเวลา ในแต่ละวันสำหรับการออกกำลังกายได้ (ข้อ 7.) ในการวิจัยครั้งนี้มีการจัดโปรแกรมเพื่อมุ่งเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มทดลอง ด้วยการนำปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองโดยการประยุกต์ตามทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง กิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่มระหว่างผู้วิจัยและสมาชิก และดำเนินตามลำดับกิจกรรมต่อไปนี้

1) การใช้ตัวแบบ สมาชิกที่ประสบความสำเร็จเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่พึงพอใจ เล่าผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเองด้วยการควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยและพยาบาลที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวานโดยตรง ของศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง ได้ร่วมกันคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลและการดูแลตนเอง ให้ออกมาเล่าและถ่ายทอดประสบการณ์ในด้านการดูแลพฤติกรรมตนเองให้ดียิ่งขึ้นเสมอ เช่น การควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมา

ตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง การตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี การดูแลรักษาเท้า และการทำแผลด้วยตนเองเวลามีแผลเกิดขึ้น นอกจากนี้มีสมาชิกกลุ่มคนหนึ่งได้ร่วมถ่ายทอดประสบการณ์และสาธิตการรำกระบองจากชมรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจ และได้รับการชักชวนให้ไปออกกำลังกายที่ชมรมผู้สูงอายุด้วยกัน

บรรยากาศภายในกลุ่ม มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยการเล่าถึงปัญหาและระบายความเครียดของตนเองให้แก่สมาชิกกลุ่มได้รับฟัง สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนแนวทางแก้ไขปัญหาและการดูแลตนเองที่เคยปฏิบัติมา รวมทั้งการซักจูงด้วยวาจา สมาชิกกลุ่มรับฟังแสดงความคิดเห็น และมีการซักถามด้วยความสนใจ ทำให้สมาชิกทุกคนอยู่ในภาวะที่มีความพร้อม และมีความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้

2) การสาธิตและการฝึกอารมณ์โดยการหัวเราะบำบัด ประกอบด้วยการเล่นเสียงเป็นสระ โ อ อู เอ โดยปรับจากหลักการของศาสตร์ตะวันออก เสียงโ คือ ท้องหัวเราะ เสียงอา คือ ออกหัวเราะ เสียงอุ คือ คอหัวเราะ เสียงเอ คือ หน้าหัวเราะ การหัวเราะเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่เป็นการรบกวนผู้อื่น แล้วจะรู้สึกว่าการผ่อนคลายขึ้นอย่างแน่นอน และเป็นท่าที่เหมาะสมสำหรับทุกคน เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เสริม สามารถปฏิบัติได้ทุกที่เพียงเลือกเวลาที่เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุม หรือจัดการกับภาวะอารมณ์ของตนเอง (Personal Control) ให้สงบและผ่อนคลาย ซึ่งเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997: 195) ก่อนการสาธิตและการฝึก กลุ่มทดลองได้รับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการหัวเราะบำบัดซึ่งทำให้ฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล อะดรีนาลีน ลดลงและช่วยเพิ่มสาร “เอ็นดอร์ฟิน” หรือสารความสุขให้รู้สึกผ่อนคลาย ในระหว่างการหัวเราะมีการบริหารเส้นประสาทกล้ามเนื้อใบหน้า เป็นการบริหารจังหวะการหายใจ การกลืนหายใจ และการหายใจยาวๆ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น เป็นการออกกำลังกายอวัยวะช่องท้อง กระเพาะ ลำไส้ สมาชิกกลุ่มได้ทดลองฝึกปฏิบัติ (Mastery experience) และได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลินในการทำกิจกรรม

3) ตัวแบบที่เป็นสมาชิกกลุ่มสาธิตการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยในกิจกรรมนี้คือ การทำข้าวยาบักขี้ได้ประกอบด้วย ข้าว มะพร้าวคั่ว กุ้งแห้งป่น พริกแห้งคั่ว ผักชนิดต่างๆ ผักที่นิยมใช้ประกอบในข้าวยา ได้แก่ สะตอ ถั่วงอก ถั่วฝักยาว แตงกวา ตะไคร้ ใบชะพลู ส้มโอ ดอกดาหลา ยอดกระถิน ใบขมิ้น ถั่วพู ใบมะกรูด สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพืชผักบางชนิดมาประกอบแทนกัน เพื่อให้ง่ายต่อการจัดหา สามารถหาซื้อได้ตามต้องการ ตลอดจนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของพืชผักสมุนไพรชนิดต่างๆ หลากหลายชนิดของข้าวยาบักขี้ได้ว่าเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารสูง ครอบคลุมหลักโภชนาการ 5 หมู่ เป็นแหล่งที่ดีของใยอาหาร และยังพบว่ามีส่วนช่วยลดความเสี่ยง

สมุนไพรหลายประการ เหมาะกับโรคเบาหวาน (ภาคผนวก ค หน้า 125) อาจกล่าวได้ว่าการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ทำให้สามารถควบคุมเบาหวานได้ดี (ริติ สันบุญ, 2549)

นอกจากนี้มีการจัดเตรียมห้องประชุม ชั้น 5 ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง ในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม โดยมีบริเวณกว้างขวางเพียงพอในการทำกิจกรรม พื้นที่สะอาด มีบรรยากาศเงียบสงบ รวมทั้งมีแสงสว่างและมีอุณหภูมิที่เหมาะสมในการเข้าร่วมกิจกรรม การออกกำลังกายหัตถะบำบัด โดยสมาชิกภายในกลุ่มได้รับการปฏิบัติจริงจนสามารถทำได้ด้วยตนเองร่วมกับการได้เห็นตัวอย่างการปฏิบัติจากวิทยากรในการสาธิตการฝึกอาการโดยการหัตถะบำบัด และสมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันฝึกอย่างสนุกสนาน นอกจากนี้ยังมีการชักจูงด้วยคำพูดเพื่อเป็นการเสริมแรง โดยวิธีการพูดว่าเขาสามารถทำได้ และมีการกล่าวชมเชยสมาชิกเมื่อสมาชิกสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ และให้คำแนะนำแก่สมาชิกที่ยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง ซึ่งเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับสมาชิกมากขึ้นส่งผลให้มีความมานะพยายามมากขึ้นและมุ่งมั่นในการปฏิบัติ และเพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และการแจกคู่มือการปฏิบัติการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคู่มือการหัตถะบำบัด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้และประโยชน์ที่ได้รับกลับไปฝึกปฏิบัติเองที่บ้านได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมดังกล่าวเป็นการฝึกให้กลุ่มทดลองมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น ทำให้กลุ่มทดลองใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มพฤติกรรมความสามารถแห่งตน

3. พฤติกรรมความสามารถแห่งตน

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความสามารถแห่งตนสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความสามารถแห่งตนรายข้อต่ำสุด 5 ข้อ (ภาคผนวก ง หน้า 135) คือ มีลูกอมติดตัวไว้สำหรับอมเมื่อมีอาการใจสั่น คล้ายเป็นลม (ข้อ 12.) หลีกเลี้ยงการรับประทานอาหารเช้า ทอด เช่น หมูทอด (ข้อ 4.) สวมรองเท้าขนาดพอดีกับเท้าและหุ้มส้นเท้า (ข้อ 14.) บริหารเท้า (ข้อ 10.) ส่องจักษุภายในรองเท้าก่อนใส่ (ข้อ 11.) เมื่อกลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น ดังกล่าวข้างต้น การรับรู้ความสามารถของกลุ่มทดลองมีอิทธิพลต่อความสนใจ และการตีความ พฤติกรรมความสามารถแห่งตน กลุ่มทดลองแน่ใจว่ามีความสามารถที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ทำให้กลุ่มทดลองตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นความเชื่อในสมรรถภาพของบุคคลในการจัดการและดำเนินการเพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการคิดที่สามารถเสริมสร้างพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเอง ย่อมทำให้กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความสามารถแห่งตน มีความพยายามและความมุ่งมั่นในการแสวงหา

แนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในทำนองเดียวกันการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนดีขึ้น เนื่องจากความสามารถของบุคคลนั้นไม่ตายตัว แต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ (สุรางค์ พันธุ์เอี่ยม. 2548. 34) แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมที่กระตุ้นการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถตนเองซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดไว้ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนและกำหนดพฤติกรรมการแสดงออก

4. ระดับน้ำตาลในเลือด

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ระดับน้ำตาลในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงตลอดวันเนื่องจากอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อและการใช้พลังงานในแต่ละวัน เมื่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนดีขึ้น สามารถควบคุมดูแลเกี่ยวกับปริมาณและประเภทของการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ขณะเดียวกันสามารถกำหนดกิจกรรมให้มีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ น้ำตาลในเลือดจะถูกใช้เป็นพลังงาน ความสมดุลระหว่างการบริโภคและกิจกรรม มีผลต่อระบบพลังงานและฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้การใช้อินซูลินลดลงแต่ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ อัญชลีสังกาศ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรศรี ศรีอัษฎาพร และคณะ (2545; 2 (1) : 88 – 89) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมค่าเบาหวานต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคในเด็กและวัยรุ่น การศึกษาพบว่า เด็กโรคเบาหวานมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองในวันสุดท้ายของการเข้าค่ายเบาหวาน โดยรวมดีกว่าก่อนเข้าค่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์ พันธุ์เอี่ยม (2548) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่สถานีนามัยในอำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลตนเองที่ผู้สร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีการดูแลตนเอง และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการรับประทานอาหารเข้าดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของดวงสมร นิลदानนท์ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน และค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี ดวงจันทร์ (2553) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมตนเองและการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิต ตัวแปรทางพฤติกรรม และตัวแปรทางกายภาพ ในเด็กนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง การรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และจากการศึกษาของ Harnirattisari (2005) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการวิจัยพบว่า 2 และ 6 สัปดาห์ ภายหลังเข้าโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อมากขึ้นก่อนการเข้าโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรม ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้อง รับฟังประสบการณ์การดูแลตนเองของสมาชิกภายในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ มีการฝึกอารมณ์โดยการหัวเราะบำบัดร่วมกันภายในกลุ่ม ตลอดจนการสาธิตการทำข้าวยาปักษ์ใต้ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองมีความมั่นใจในการปฏิบัติ เกิดความพร้อมและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความสามารถแห่งตน ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด นั่นคือการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการเริ่มต้นการปฏิบัติ กลุ่ม

ทดลองมีพฤติกรรมความสามารถแห่งตนดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองได้

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวคิดในการศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. โปรแกรมสุขศึกษาควรเน้นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองในข้อปฏิบัติต่างๆ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. คัดเลือกผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จ เพื่อมาตัวแบบให้สมาชิกในกลุ่มได้รับรู้ถึงความสามารถแห่งตน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง
3. การสาธิตอาหารที่เหมาะสมสำหรับโรคเบาหวาน ควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการเข้าร่วมกิจกรรม และมีตัวแทนผู้ป่วยร่วมการสาธิต
4. ควรจัดกิจกรรมฝึกกระตุ้นทางอารมณ์ให้รู้สึกสงบ และผ่อนคลาย ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเหมาะกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ซึ่งการฝึกอารมณ์โดยการหัวเราะบำบัดในกลุ่มทดลองเป็นกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรมที่ส่งผลให้บรรลุตามความมุ่งหมายของการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวคิดในการศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป ดังนี้

1. การเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุจะมีญาติพามาด้วยเสมอ ดังนั้น ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ช่วยในการสร้างและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งตามข้อเสนอแนะของแบนดูรา (Bandura, 1977: 195) เพราะการที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั้งทางตรงและทางอ้อม

2. ศึกษาประสิทธิผลของความรู้สึกลบเปลี่ยนจากการฝึกหัวเราะบำบัด ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กองสถิติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานจำนวนผู้ป่วยกับอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อจำนวนประชากร ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 ประเทศไทย. นนทบุรี. กองสถิติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เชมกร นาคศรี. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จันทิมา โดษะนันท์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จินตนา สรายุทธิพิทักษ์. (2539). หลักการดำเนินการสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จำเนียร โกชนพันธ์. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการผ่อนคลายความเครียด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อความเครียด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชบุรี. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2539). งานสุขศึกษาในโรงพยาบาลต่างจากงานสุขศึกษาในสถานที่อื่นๆ อย่างไรบ้าง. วารสารสุขศึกษา. 18 (69). 1 – 4.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ธิตี สันบุญ. และวราภรณ์ วงศ์รวีวัฒน์. (2549). ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน. วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ) การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. (หน้า 25 – 32). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดลฤดี ทับทิม. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดนนทบุรี. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ดวงใจ รัตนธัญญา. (2546). สุขศึกษา : หลักการและกระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ
- ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพวรรณ อัครวัฒน์. (2536). แบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นาคยา เกรียงชัยพุก. (2544). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียดของผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

นุชรี ไส้พันธ์. (2542). ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญชม ศรีสะอาด. (2541). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สุวีริยาสาส์น. พิมพ์ครั้งที่ 2.

เบญจมาศ ไตรบรรณ. (2543). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ประณีต สิงห์ทอง. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พีระพัฒนา.

ปราณี ทุไพบระ. (2532). ผลของการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปาริชาติ ฉายสีศิริ. (2543). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการลดการอักเสบในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรศรี ศรีอัมฤชพร และคณะ. (2545). ผลของกิจกรรมค่ายเบาหวานต่อการรับรู้สมรรถนะ

- ตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคของเด็กโรคเบาหวาน. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์.
- พรรณราย เลอวัฒนกิจถาวร. (2550). ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2553, จาก http://www.medical_checkup_center.piyavate.com/medical_checkup_center_diabetes_th.php
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ไพฑูรย์ ลือภิกษา. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกบ้านโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะสาธารณสุขศาสตร์. (2546). ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ยุทธินทร์การพิมพ์.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). “แนวคิด และการพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง” ในการดูแลสุขภาพตนเองที่คณะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ
- มาโนช เวชพันธ์. (2532). เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่องการมีส่วนร่วมทางการเมืองของข้าราชการประจำ : ศึกษาเปรียบเทียบข้าราชการพลเรือน ทหารและตำรวจ มปท.
- วรรณ นิธิยานันท์. (2539). การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดเบา ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). คู่มือการวิจัยเชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ศรีรัตน์ พิณรุ. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดมูลจินดาราม จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมา เขมมะเพชร. (2540). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง. พิมพ์ครั้งที่ 2.

- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 4
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนัก
คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุนีย์ เก่งกาจ. (2544). *การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทร ตันทนันท์. (2552, กรกฎาคม). *ชาสมุนไพรดีท็อกซ์ของไทย ป้องกันแก้ไข
โรคเบาหวาน*.
ไทยโพสต์. เข้าทั่วไป สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2553, จาก <http://www.ryt9.com/sltpd/858664>
- สมณฑา เสรีรัตน์. (2539). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน*. บริษัทวิสิฐสิน จำกัด, กรุงเทพฯ
- สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความ
เชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์ พันธุ์เอี่ยม. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎี
ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่สถานี
อนามัย อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2527). *วิธีการทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดวงกลม.
- สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์. (2532). *การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเบาหวาน
ในโรงพยาบาลเลิดสิน จังหวัดกรุงเทพมหานคร : การสืบหาและกลวิธีในแก้ปัญหา*.
วิทยานิพนธ์ (เภสัชกรรม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมรรัตน์ อัญชลีสังกาศ. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎี
ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรพินท์ กายโรจน์. (2542). *ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวัง
ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดัน
โลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อักษร สวัสดิ์. (2542). *ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของ*

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กรณีศึกษาในเขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร. ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคม). กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

อัมพร ศรีสำราจ. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

Bandura, Albert. (1977). "Self – efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change," in *Psychological Review*. 84 (3) : 191 – 215.

Bandura, A. 1982. Self-efficacy. "Mechanism in Human Agency" *American Psychologist*. 31. (February. 1982) 122 – 147.

Harnirattisai, T., & Johnson, R. Effectiveness of a behavioral Change Intervention in Thai Elders After Knee Replacement. *Nursing Research* 2005; 54 (2) : 97 – 107.

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.

Orem, D.E. (1995). *Nursing : Concept of Practice*. 5th ed.. St. Louis : Mosby year Book.

Webb, K.L. and other. (1984). "Dietary Compliance among Insulin – dependent Diabetes," *Journal of Disease*. 37 (8) : 633 – 643.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ศรีศิริ
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์อมรา กันยวิมล
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. อาจารย์ ดร.อนงค์ หาญสกุล
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. นางสุดา อิศรากร
พยาบาลวิชาชีพ 7 วช
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



ภาคผนวก ข
แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา
แผนการจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนที่มีผลต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวคิด

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรงได้ การรักษาโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะผู้ที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับประทานยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ผู้ป่วยส่วนมากยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และขาดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ และฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร และการรับประทานยา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นมีความสามารถในการที่จะควบคุมการรับประทานอาหารและการรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ เรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
3. เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการดูแลตนเองด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้องเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน

สถานที่

ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บึงอรอด รุ่งเรือง

ระยะเวลา

30 ชั่วโมง 30 นาที

การจัดกิจกรรมสุขศึกษา

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม
2. กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็น ความรู้เรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาที่ถูกต้อง
3. กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยให้สมาชิกที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันซักถามแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
4. ผู้วิจัยบรรยายเรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
5. สาธิต และฝึกอารมณ์โดยการหัดเจาะบ้ำบัด

สื่อ

1. คู่มือหัดเจาะบ้ำบัด
2. แผ่นพับเรื่องโรคเบาหวาน
3. โปสเตอร์ เรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลรักษาเท้า
4. ตัวอย่างเม็ดยา

การประเมินผล

1. จากการสังเกต และการมีส่วนร่วมของสมาชิกจากการเข้าร่วมกิจกรรม
2. จากการซักถาม และความสนใจ

สาระการเรียนรู้ศึกษา

การควบคุมการรับประทานอาหาร

การควบคุมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การรับประทาน อาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยการปรับสัดส่วนอาหารที่รับประทาน การปรับเปลี่ยนอาหารที่ รับประทานเพื่อให้พอเหมาะกับการใช้พลังงานในด้านการทำงานของแต่ละบุคคล ทำโดยการ ลดการรับประทานอาหารจำพวกข้าว ขนม ของหวานชนิดอื่นๆ อาหารที่ใส่น้ำตาลจำนวนมาก ผลไม้ที่มีรสหวาน ลดหรืองดเว้นการรับประทานอาหารประเภทไขมันสัตว์ ไขมันปาล์ม ไขมัน มะพร้าว กะทิ อาหารพวกทอดน้ำมัน ผักต่างๆที่มีน้ำมันมาก รับประทานอาหารให้ตรงต่อเวลา หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์และไวน์ รวมทั้งงดการ สูบบุหรี่ ซึ่งวิธีการควบคุมอาหารที่จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (อาการใจสั่น คล้ายจะเป็นลม) โรคหัวใจ อีกทั้งยังช่วยลดน้ำหนัก กรณีผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมาก

อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่

หมู่ที่ 1	คาร์โบไฮเดรต	ได้แก่	ข้าว แป้ง น้ำตาล ขนมปัง เผือก มัน
หมู่ที่ 2	โปรตีน	ได้แก่	เนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดแห้ง
หมู่ที่ 3	ไขมัน	ได้แก่	ไขมันจากพืช ไขมันจากสัตว์
หมู่ที่ 4	วิตามิน	ได้แก่	ผัก ผลไม้ต่างๆ
หมู่ที่ 5	เกลือแร่	ได้แก่	ผัก และผลไม้ต่างๆ

อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจแบ่งง่าย เป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 อาหารที่ควรงดเว้น ได้แก่ อาหารน้ำตาล และขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา น้ำผลไม้ซึ่งมีน้ำตาลประมาณร้อยละ 15 ยกเว้นน้ำมะเขือเทศที่มีน้ำตาล ประมาณร้อยละ 1 ควรดื่มน้ำเปล่า น้ำชาไม่ใส่น้ำตาล ถ้าดื่มกาแฟควรดื่มกาแฟดำ ไม่ควรใส่น้ำตาล นมข้นหวาน หรือครีมเทียม ควรใส่นมจืดพร่องมันเนย หรือน้ำตาลเทียมแทน

ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดปริมาณ ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ นอกจากนั้นยังมีกากอาหารที่เรียกว่า ไฟเบอร์ ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาล ช้าลงและลดรับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

ประเภทที่ 3 อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ปัจจุบันอาหารพวกแป้งนั้นไม่จำกัดจำนวนถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจาก รับประทานคาร์โบไฮเดรตมากขึ้นไม่ได้ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมสูงขึ้น แต่ควรรับประทานอาหาร คาร์โบไฮเดรตที่มีคุณภาพ คือเลือกคาร์โบไฮเดรตที่มีปริมาณไฟเบอร์ (เส้นใยอาหาร) มาก และ มีการดูดซึมของอาหารต่ำ

ประเภทของอาหารที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ หมวดแป้งข้าว หมวดพืชผัก หมวดผลไม้ หมวดนม และผลิตภัณฑ์ หมวดน้ำมันไขมัน หมวดเนื้อสัตว์ ซึ่งจะทำให้ได้รับสารอาหารที่ร่างกายต้องการ คือ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน แร่ธาตุและวิตามิน โดยปริมาณที่รับประทานจะขึ้นกับอายุ น้ำหนักและกิจกรรมที่ทำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 การควบคุมอาหารจะทำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลัก การวางแผนรับประทานอาหารจะต้องสัมพันธ์กับปริมาณอินซูลินที่ได้รับ ควรฉีดยาหรือรับประทานยาก่อนอาหารและ ควรทานอาหารในเวลาเดิมและปริมาณใกล้เคียงกันทุกวัน สำหรับเบาหวานชนิดที่ 2 มีจุดมุ่งหมายในการควบคุมระดับน้ำตาล ควบคุมไขมัน ควบคุมความดันเลือดและการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งอาจต้องอาศัยการออกกำลังกายด้วย เช่นการเดิน เป็นเวลา 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

สารอาหารชนิดต่าง ๆ กับระดับน้ำตาลในเลือด

อาหารที่เรารับประทานอยู่ทุกวันประกอบด้วยสารอาหารหลัก 6 ชนิดที่สำคัญ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ แต่สารอาหารที่ให้พลังงานและมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดมี 3 ชนิด คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน มีผลในการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดต่างกัน โดยคาร์โบไฮเดรตจะถูกเปลี่ยนไปเป็นน้ำตาลทั้งหมด โปรตีนจะให้พลังงานครึ่งหนึ่ง ส่วนไขมันจะถูกสะสมไว้เป็นพลังงานสำรองมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

คาร์โบไฮเดรต อาจแบ่งเป็น 2 ประเภทที่สำคัญ คือ

1. คาร์โบไฮเดรตจำพวกน้ำตาล ได้แก่ น้ำตาลชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำตาลทราย น้ำตาลปีบ น้ำตาลอัดก้อน น้ำหวาน เยลลี่ ลูกอมรสหวานชนิดต่าง ๆ น้ำผลไม้ คาร์โบไฮเดรตชนิดนี้ดูดซึมได้รวดเร็ว ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทาน ยกเว้นในกรณีมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งมักจะเกิดเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารช้ากว่าเวลาที่กำหนด หรือรับประทานน้อยไป

2. คาร์โบไฮเดรตจำพวกธัญพืชและผักผลไม้ ได้แก่ ข้าว ถั่ว เต้าหู้ ชนมนึ่ง เผือกมัน และผลไม้ อาหารประเภทนี้มีใยอาหารมาก และเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน

คาร์โบไฮเดรตทั้งสองชนิดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ไม่แตกต่างกัน ปริมาณคาร์โบไฮเดรตทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละมื้อ แต่ละวันจึงมีความสำคัญมาก ถ้าได้รับแต่ละครั้งมากเกินไป ก็จะทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรกระจายอาหาร ที่มีคาร์โบไฮเดรตในแต่ละมื้อให้เหมาะสม ปัจจุบันไม่ได้ห้ามผู้เป็นเบาหวานรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลทั้งหมด แต่ควรหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารประเภทน้ำตาลที่ไม่มีสารอาหารอื่นนอกจากคาร์โบไฮเดรตอย่างเดียว เพราะจะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นรวดเร็ว ผู้เป็นเบาหวานควรเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตจำพวก ข้าว ถั่ว เต้าหู้ ผัก ผลไม้ ซึ่งมีวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกายแทนน้ำตาล

โปรตีน เป็นสารอาหารช่วยในการเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนต่างๆ ใน ร่างกายมีมากใน เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง เต้าหู้ โปรตีน เมื่อผ่านการย่อยแล้วจะต้องอาศัยอินซูลิน นำเข้าสู่เซลล์ เพื่อใช้ในการเสริมสร้างร่างกาย สารโปรตีนสามารถเปลี่ยนน้ำตาลกลูโคสได้ 58 % จึงทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

ไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงาน และช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน แบ่งเป็น 3 ชนิด

1. ไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) พบมากในไขมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว กะทิ ไขมันชนิดนี้ ทำให้ระดับคอเลสเตอรอล ในเลือดเพิ่มขึ้น
2. ไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fat) มีมากในถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันชนิดนี้ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดและ LDL-C ซึ่งเป็นคอเลสเตอรอลชนิดเลว
3. ไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated fat) มีมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันปาล์ม น้ำมันชนิดนี้ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด LDL-C คอเลสเตอรอล และไม่ลด HDL- C ซึ่งเป็นคอเลสเตอรอลที่ดี

วิตามินและเกลือแร่ ช่วยในการเสริมสร้างร่างกาย และควบคุมการทำงานต่างๆ ในร่างกาย ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก ผลไม้ ในปริมาณที่เพียงพอ ก็จะได้วิตามิน เกลือแร่ ตามที่ร่างกายต้องการโดยไม่ต้องเสริม

ใยอาหาร มีมากในผัก ผลไม้ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. ใยอาหารชนิดละลายน้ำ ช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลในลำไส้เล็ก และช่วยลดคอเลสเตอรอล
2. ใยอาหารชนิดที่ไม่ละลายในน้ำ ช่วยให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ ป้องกัน อาการท้องผูก ริดสีดวงทวาร และมะเร็งลำไส้ใหญ่ และใยอาหารยังช่วยให้อิ่มเร็วขึ้น

แนวทางการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี

ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารตามข้อปฏิบัติ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย ตามรูปธงโภชนาบัญญัติ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรับประทานให้ครบ 5 หมู่ ตามสัดส่วนแสดงในภาพ เพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วน

1. **กลุ่มข้าว แป้ง** เป็นอาหารที่ให้พลังงานเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะแตกต่าง

กันตามน้ำหนักตัว และกิจกรรมการทำงานของแต่ละคนในผู้ที่อ้วน และได้รับคำแนะนำให้ลดน้ำหนัก ควรลดปริมาณหรืออาหารแป้งชนิดอื่นลงครึ่งหนึ่งของปริมาณที่เคยได้รับ หรือปริมาณมีโอละ 2 ทับพี สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักปกติ ไม่อ้วนแต่ทำงานเบา สามารถรับประทานได้มีโอละ 3 ทับพี ถ้าเป็นผู้ที่ใช้แรงงานมาก อาจเพิ่มได้มากกว่านี้

2. กลุ่มผัก เป็นอาหารที่มีวิตามิน เกลือแร่ใยอาหารมาก โดยเฉพาะผักสีเขียวเข้ม ผักสีเหลือง เช่นผักบุ้ง ผักคะน้า แครอท ผักกวางตุ้ง ใยอาหารในผักช่วยให้น้ำตาลในลำไส้ดูดซึมได้ช้าลง และช่วยลดการดูดซึมคอเลสเตอรอลด้วยนอกจากนี้ในผักยังมีสารไฟโตเคมีคอล (phytochemical) ช่วยป้องกันมะเร็งในอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับมีโอละ ½ - 1 ถ้วยตวง วันละ 2 - 3 ครั้ง

3. กลุ่มผลไม้ เป็นอาหารที่มีวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหารมาก ผลไม้แต่ละชนิดมีน้ำตาลมากน้อยต่างกัน บางชนิดมีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไยไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยควรเลือกผลไม้ที่หวานน้อย เช่น ส้ม ฝรั่ง มะละกอสุก แอปเปิ้ล และรับประทานแต่พอควร หากได้รับครั้งละมาก สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้

การเลือก 1 – 2 ชนิด/มีโอ ตามปริมาณที่แนะนำ เช่น

ฝรั่ง	½	ผลใหญ่	น้ำส้มคั้น	½	ถั่ว
ชมพูเขียว	3	ผล	มะละกอสุก	8	ชิ้นคำ
เงาะ	5	ผล	แอปเปิ้ล	1	ผลเล็ก
สับปะรด	6	ชิ้นคำ	ลองกอง	10	ผล
แตงโม	10	ชิ้นคำ	กล้วยน้ำว้า	1	ผล
ส้มเขียวหวาน	1	ผล	มะม่วงน้ำดอกไม้	¼	ผล

4. เนื้อสัตว์และถั่วเมล็ดแห้ง เป็นอาหารที่ให้โปรตีน ควรรับประทานเป็นประจำทุกวัน มีโอละ 3 – 4 ช้อน (45 – 60 กรัม) วันละ 2 – 3 ครั้ง และควรเลือกชนิดไม่ติดมันและหนัง เครื่องในสัตว์ เช่น เซ่งจี หัวใจ ตับ ปอด มีคอเลสเตอรอลมาก ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงควรลดรวมทั้งไขมันแข็ง ไข่กรอกหมวย ควรรับประทานปลาให้บ่อยขึ้น สัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง กุ้ง ปู รับประทานได้ เต้าหู้ ถั่วเมล็ดแห้งควรรับประทานบ่อย ไข่เป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพดี ไม่ควรลด ถ้าไขมันในเลือดปกติ รับประทานได้สัปดาห์ละ 4 – 5 ฟอง ถ้าระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รับประทานสัปดาห์ละ 2 ฟอง หรือรับประทานแต่ไข่ขาว

5. กลุ่มน้ำมัน ประกอบด้วยโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ โดยเฉพาะมีแคลเซียมมาก ควรดื่มวันละ 1 – 2 แก้ว ควรเลือกนมไม่มีไขมัน หรือไขมันต่ำ ชนิดไม่ปรุงรสและไม่เติมน้ำตาลไม่ควรดื่มนมเปรี้ยวพร้อมดื่ม เนื่องจากมีน้ำตาลและน้ำผลไม้

ผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะ แสดงว่าประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง และแพทย์ให้จำกัดโปรตีนในอาหาร ให้ลดปริมาณเนื้อสัตว์ทุกชนิดลง ทั้งปลา และนํ้านม โดยให้รับประทานเนื้อสัตว์มีอะ 2 ช้อนกินข้าว วันละ 3 มื้อ ถ้าดื่มนํ้านม ให้ลดลงเหลือ ½ - 1 ถ้วย (120 – 240 ซีซี) รับประทานไข่ขาววันละ 2 ฟองเป็นประจำ หรือในปริมาณที่แนะนำ

6. กลุ่มไขมัน ควรรับประทานแต่พอควร และเลือกน้ำมันรำ น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันถั่วเหลือง ในการประกอบอาหาร รับประทานอาหารที่มีกะทิน้อยลง

เกลือ ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานแต่น้อย โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เลี่ยงอาหารหมักดองเค็ม และการเติมซอสรสเค็ม ขณะรับประทานอาหาร

น้ำตาล เป็นอาหารให้พลังงานอย่างเดียว ไม่มีวิตามิน เกลือแร่ โยอาหาร เป็นสาเหตุทำให้น้ำตาลในเลือดสูงควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรหลีกเลี่ยง อาหารที่มีน้ำตาลมาก ขนมหวาน นํ้าหวาน ถ้าติดรสหวานให้ใช้น้ำตาลเทียมแทน ในบางโอกาสเมื่อต้องการรับประทานขนม เช่น วันปีใหม่ วันเกิด ผู้ป่วยต้องรู้จักวางแผนการรับประทานอาหารล่วงหน้า และรู้จักแลกเปลี่ยนอาหาร โดยแลกเปลี่ยนขนมกับข้าวหรือผลไม้ที่รับประทานในมื้อนั้น เช่น วางแผนรับประทานขนมชั้น 1 ชั้น (2x2 นิ้ว) ต้องลดข้าวลง 1 ทัพพี ถ้าเคยรับประทานอยู่ 2 ทัพพี ก็ต้องรับประทานเพียง 1 ทัพพี และงดผลไม้และอาหารทอดในมื้อนั้น

แอลกอฮอล์ ไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวาน ควรหลีกเลี่ยง ในงานเลี้ยงหากต้องดื่มควรเลือกวิสกี้เจือจางไม่เกิน 2 เป๊ก และไม่ควรมดื่มขณะท้องว่าง เพราะอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำถึงหมดสติได้ ทั้งนี้เพราะแอลกอฮอล์ไปเสริมฤทธิ์ยารักษาเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงรวดเร็ว

จะเห็นว่า การควบคุมอาหารในปัจจุบัน ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกรับประทานได้หลากหลาย ไม่ได้จำกัดอาหารอย่างเข้มงวด แต่ผู้ป่วยต้องรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เรียนรู้การใช้อาหารแลกเปลี่ยน อ่านฉลากโภชนาการที่หน้ากระป๋องหรือกล่องบรรจุอาหารและทำความเข้าใจ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนอาหารของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้มีความสุขแข็งแรง และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมและสม่ำเสมอสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกายร่างกายจะต้องใช้พลังงาน และแหล่งพลังงานที่สำคัญที่สุดในร่างกายก็คือ น้ำตาล หากออกกำลังกายให้เพียงพอร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้นคือด้วยปริมาณอินซูลินเท่าเดิมร่างกายจะสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้นกว่าเดิมทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากผลดีต่อระดับน้ำตาลในเลือดแล้วการออกกำลังกายยังก่อให้เกิดประโยชน์อีกหลายประการได้แก่ น้ำหนักตัวลดลง ทำให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจน้อยลง ไขมันในเลือดลดต่ำลง การออกกำลังกายสามารถทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดต่ำลงได้ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพราะเส้นเลือดหัวใจอุดตันน้อยลง การออกกำลังกายที่จะเกิดประโยชน์จะต้องมี

ความหนัก ซึ่งสังเกตจากการที่มีเหงื่อออก

ความนาน ครั้งละอย่างน้อย 20 นาที

ความสม่ำเสมอ คือ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

การออกกำลังกายสามารถทำได้หลายวิธีตามความเหมาะสมของร่างกายของแต่ละบุคคล เช่น กายบริหาร การเดิน การวิ่งเหยาะ เป็นต้น

การรับประทานยา

การรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การรับประทานยาเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด โดย

1. ยาก่อนอาหารการรับประทานก่อนมื้ออาหาร 30 นาที ยาหลังอาหารควรรับประทานหลังมื้ออาหาร 15 นาที ซึ่งช่วยให้ยามีประสิทธิภาพในการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และลดการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง ถ้ายาหมดก่อนวันนัด หรือเกิดอาการข้างเคียงจากยาควรปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร

3. ไม่รับประทานยาก่อนการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด

4. เมื่อใช้ยาอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันต้องแจ้งให้แพทย์ทราบด้วย

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิต้านทานโรคต่ำกว่าปกติจึงมีโอกาสดติดเชื้อต่างๆได้ง่าย เช่น เกิดการอักเสบของผิวหนัง ซ่อนปาก และเท้า เป็นต้น ถ้าควบคุมเบาหวานไม่ดีปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ง่าย และในทาง

กลับกันเมื่อมีปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นการควบคุมโรคจะยิ่งเลวลง ดังนั้น เพื่อการป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติตน ดังนี้

นอนหลับให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง

หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ เพราะจะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายสดชื่นและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

2. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน อย่าปล่อยให้อ้วน

เพราะจะทำให้การควบคุมเบาหวานยากขึ้น

3. ควรพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ แม้จะรู้สึกสบายดีเพื่อรับการตรวจสุขภาพและคำแนะนำที่ถูกต้อง เนื่องจากโรคแทรกซ้อนส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือมีอาการ

4. สุขภาพตา ควรพบจักษุแพทย์ตรวจสุขภาพตาโดยละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง ถ้ามีอาการผิดปกติทางตา เช่น ตามัว ควรปรึกษาแพทย์ทันที

5. สุขภาพฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและอักเสบ ผู้ป่วยเบาหวานควรให้ความสนใจสุขภาพฟัน คือ หมั่นรักษาความสะอาดของฟันและช่องปาก แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้ไหมขัดฟันเพื่อการทำความสะอาดซอกฟันให้ทั่วถึงแต่ควรระมัดระวังไม่ให้โดนเหงือก ควรพบทันตแพทย์ตรวจสุขภาพของฟันและช่องปากทุก 6 เดือน

6. สุขภาพผิวหนัง ผิวหนังจัดเป็นปราการชั้นนอกสุดในการป้องกันเชื้อโรค จึงควรมีการดูแลรักษาโดยอาบน้ำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะตามซอกอับชื้น เช่น ใต้ราวนม รักแร้ และขาหนีบ หลังอาบน้ำต้องเช็ดบริเวณเหล่านี้ไม่ให้อับชื้น มิฉะนั้นจะเกิดเชื้อราได้ง่าย ถ้าผิวหนังแห้ง ควรทาครีมเพื่อให้ผิวชุ่มชื้นอยู่เสมอ ถ้าเหงื่อออกมากทาแป้งฝุ่นบางๆ เพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น สวมเสื้อผ้าที่สะอาดและสบาย ถ้ามีอาการอักเสบของผิวหนัง ผื่นคัน ฝีผุพอง ควรปรึกษาแพทย์ทันที

7. สุขภาพเท้า สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลเท้าคือ การป้องกันไม่ให้เกิดแผล การละเลยต่อสิ่งเล็กๆ น้อยๆ อาจทำให้เกิดปัญหาใหญ่ขึ้นภายหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีปลายประสาทรับความรู้สึกเสื่อมลงจะมีระดับของการสูญเสียความรู้สึกแตกต่างกันมาก บางคนอาจจะเหยียบตะปู เดินเตะถูกของแข็งโดยไม่รู้สึกเจ็บ จนถึงบางคนรองเท้าหลุดไปแล้วก็ยังไม่รู้ อาการที่บ่งบอกว่ามีปัญหาเกิดขึ้น คือ อาการปวดขาเวลาเดินเมื่อหยุดพักสักครู่ก็จะหาย เป็นแผลแล้วหายซ้ำ ผิวหนังบริเวณเท้าและขาแห้งและปราศจากขน เป็นต้น ดังนั้นเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาแทรกซ้อนของโรคเบาหวานควรปฏิบัติ คือ

8. ล้างเท้าทุกวันด้วยสบู่อ่อน และอย่าแช่เท้าไว้ในน้ำนานกว่า 5 นาที

9. เช็ดเท้าเบาๆ ให้แห้งด้วยผ้าที่นุ่ม โดยเฉพาะระหว่างซอกนิ้วเท้าอย่าให้อับชื้น

10. ตัดเล็บด้วยความระมัดระวังโดยตัดขวางเป็นเส้นตรงแล้วใช้ตะไบถูให้เรียบพอดีกับเนื้อ อย่าตัดให้สั้นเกินไป

11. รักษาความชุ่มชื้นของเท้าให้เหมาะสม ถ้าผิวหนังบริเวณเท้ามีลักษณะแห้งควรทาครีม ถ้าผิวหนังบริเวณเท้ามีลักษณะชื้นง่ายก็ควรใช้แป้งฝุ่นโรย อย่าให้ครีมหรือแป้งจับตัวกันเป็นก้อน เพราะจะทำให้เกิดการหมักหมม เป็นบ่อเกิดของเชื้อโรคได้ง่าย

12. เปลี่ยนถุงเท้าทุกวันและเลือกสวมถุงเท้าที่ซึมซับเหงื่อได้ดี ถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้ายเหมาะสมกว่าถุงเท้าที่ทำจากใยสังเคราะห์เนื่องจากการถ่ายเทอากาศที่ดีกว่าและทำให้เท้าแห้งอยู่เสมอ

13. เลือกรองเท้าที่มีขนาดกระชับเหมาะสมให้ความรู้สึกสบายขณะสวมใส่ รองเท้าควรทำด้วยหนังและไม่ควรเลือกขนาดที่คับเกินไปเพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก ถ้าเท้าชาควรสวมรองเท้าหุ้มส้น การสวมรองเท้าใหม่ควรค่อยๆ ใส่ให้ชิน โดยลองสวมใส่วันละ 1 – 2 ชั่วโมงก่อน

14. ปกป้องเท้าอยู่เสมอโดยหลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่าไม่ว่าจะเป็นในบ้านหรือนอกบ้าน

15. สังเกตดูเท้า และซอกนิ้วเท้าทุกวันว่ามีบาดแผล ตุ่มพอง รอยแดง เขียวช้ำ และรอยแตกหรือไม่ ถ้าก้มลงมองไม่สะดวกควรใช้กระจกส่องดู

16. ก่อนสวมรองเท้าทุกครั้งควรตรวจสอบภายในก่อนว่ามีวัตถุหรือสิ่งแปลกปลอมใด ๆ อยู่หรือไม่ เช่น กรวด ทราย

17. ออกกำลังกายบริเวณขาและเท้าอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 นาที เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดตามขาและเท้าดีขึ้น

18. สิ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรปฏิบัติ คือ ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ไม่ควรวางกระเป๋า น้ำร้อนบนขาหรือแช่เท้าในน้ำอุ่นเด็ดขาด ไม่ควรตัดหนังแข็งๆ หรือตาปลาออกเอง ไม่ควรสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดอุดตันทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในแต่ละวัน

- กินอาหารทุกหมู่ที่มีคุณค่า (ลดไขมัน ลดเค็ม ควบคุมของหวาน เพิ่มใยอาหาร)
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- รักษาโดยใช้ยาและอยู่ในความดูแลของแพทย์
- ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ

สาระหวัเราะ เคาะโรค หวัเราะบ่ำบัด

ฝึกร่างกาย สั่งอวัยวะให้หวัเราะ

การหวัเราะแบ่งได้ 2 ประเภท คือ หวัเราะธรรมชาติ เกิดจากถูกกระตุ้นให้มีอารมณ์ขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และหวัเราะบ่ำบัด เป็นการหวัเราะแบบรู้ตัว เพื่อใช้ประโยชน์จากการหวัเราะกระตุ้นให้สมองหลั่งสารเอนโดर्फิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เราอารมณ์ดี มีความสุข จนมีนักวิชาการบางท่านนิยามสารชีวเคมีนี้เป็น "สารสุข"

คนเราเมื่ออารมณ์ดี จะทำให้มีความคิดสร้างสรรค์ ในรายงานการตีพิมพ์ของวารสาร The Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS) ตีพิมพ์งานวิจัยจากคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยโตรอนโต คานาดา บอกว่าอารมณ์ของคนเราน่าจะมีผลต่อการประมวลผลข้อมูลของสมอง ถ้าอารมณ์ดีจะช่วยขยายความคิดสร้างสรรค์ให้กว้างขึ้น ในทางกลับกันถ้าอยู่ในอารมณ์หวาดวิตก เคร่งเครียด หรือแม้แต่ความมุ่งมั่นมากเกินไป จะมีผลต่อความคิดจะหดแคบเข้ามา อารมณ์ดีหรือไม่ดีมีผลต่อกระบวนการคิดและแก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ของเรา

ดังนั้นพวกเราทั้งหลายจึงมาร่วมกันผลิตสารแห่งความสุขผ่านกระบวนการหวัเราะ ซึ่งไม่ว่าท่านจะหวัเราะแบบบ่ำบัด หรือหวัเราะแบบธรรมชาติ ก็เชื่อว่าร่างกายก็จะหลั่งสารชีวเคมีนี้ได้ด้วยเช่นกัน

การหวัเราะบ่ำบัดมีหลายแบบ เช่น Lauther Yoga ของอินเดีย ซึ่งผสมผสานระหว่างการหวัเราะและควบคุมการหายใจของโยคะเข้าด้วยกัน และเป็นที่มาของการหวัเราะบ่ำบัดในกว่า 40 ประเทศ หรือกลุ่มหวัเราะในประเทศออสเตรเลีย ที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ เพื่อสร้างเสียงหวัเราะให้คนทั่วไปด้วยพฤติกรรมตลก สำหรับประเทศไทย ศูนย์ให้คำปรึกษาและพัฒนาศักยภาพมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้คิดค้นการหวัเราะบ่ำบัด โดยผสมผสานการควบคุมการหายใจ การเปล่งเสียงหวัเราะ และการบริหารร่างกายไปพร้อมกัน ซึ่งเป็นการหวัเราะที่ให้ผลเชิงสุขภาพโดยไม่จำเป็นต้องมีอารมณ์ขึ้น ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 2-3 ชั่วโมง

ข้อดีของการหวัเราะ

การหวัเราะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายใน 7 ระบบได้แก่

1. ระบบทำงานของสมอง การหวัเราะ ช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทสมองส่วนพรีฟรอนทอลคอร์เทกซ์ (prefrontal cortex) บริเวณสมองส่วนหน้า (ซึ่งสมองบริเวณนี้ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมความคิดที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของอารมณ์เชิงบวกและลบ) ที่ทำให้เกิดการหลั่งของสารชีวเคมีตัวหนึ่งที่ชื่อว่า endorphin ซึ่งเป็นสารชีวเคมีของสมองที่มีฤทธิ์

"เพชรฆาตความเจ็บปวด" หรือสารที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดความสุข นั่นก็คือในด้านที่ส่งผลทำให้อารมณ์ดี มีอารมณ์ขัน สมองก็จะมีการถูกกระตุ้นให้มีเพิ่มพื้นที่การประมวลผลความคิดในเชิงบวกและสร้างสรรค์ มีผลทำให้ร่างกายและจิตใจได้รับการบำบัดและฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว

2. ระบบหายใจ (Breathing) ในระหว่างที่หัวเราะร่างกายมีการหายใจเข้า กลั้นหายใจ และหัวเราะ (หายใจออกยาวๆ) ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนถ่ายออกซิเจน ฟอกเลือดดำให้เป็นเลือดแดง จึงทำให้เซลล์ประสาทหัวใจ ปอด คอ แข็งแรงขึ้น นอกจากนี้การหัวเราะยังช่วยบริหารร่างกายให้เกิดความร้อนและการเผาผลาญพลังงานสูง ช่วยฆ่าเชื้อโรคและป้องกันโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ทั้งไข้หวัด ภูมิแพ้ หอบหืด ไส้ลม กรน ความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคปอด

3. ระบบย่อยอาหารและการขับถ่าย (Digestion and Gastrointestinal) การหัวเราะบำบัดช่วยให้อวัยวะส่วนท้อง อาทิ ลำไส้ใหญ่ เล็ก ตับ ไต ไส้ กระเพาะ มีการเคลื่อนไหว เกิดการบริหารกระเพาะและลำไส้ ทำให้ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานดีขึ้น ป้องกันโรคอ้วน โรคบูลิเมีย (Bulimia : โรคที่กินอาหารเข้าไปแล้วรู้สึกผิด จนบางครั้งต้องกินยาถ่าย หรืออาเจียนออก) หน้าท้องหย่อน ท้องป่อง โรคเบื่ออาหาร กินไม่ลง ท้องผูก ท้องเสีย โรคกระเพาะ โรคลำไส้ เป็นต้น

4. ระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation and Cardio-vascular system) การหัวเราะบำบัดเป็นการออกกำลังกายทุกส่วนของร่างกายทำให้อวัยวะต่างๆ ได้เคลื่อนไหวเป็นจังหวะเร็วบ้าง ช้าบ้าง หัวใจสามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ มากขึ้น หัวใจทำงานเป็นระบบขึ้น ป้องกันอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลียเพลียแรง เหนื่อยง่าย เหนื่อยเร็ว เจ็บแน่นหน้าอก โรคขาดเลือด เส้นเลือดหัวใจตีบตัน โรคหัวใจ ตลอดจนอาการใจสั่น เสียงสั่น ตัวสั่น ตื่นตระหนก และประหม่าง่าย

5. ระบบพักผ่อนและผิวหนัง (Rest and Skin system) การหัวเราะบำบัดช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำให้เส้นประสาท กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ยืดหยุ่น ไม่ตึงหรือเกร็ง ทำให้ร่างกายเกิดการพักผ่อน นอนหลับสนิท ผิวพรรณดี ไม่เหี่ยวเหี่ยว และไม่เปื้อนโรคทางผิวหนัง ช่วยทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความสงบ มีสมาธิมากขึ้น

6. ระบบเจริญพันธุ์ (Reproduction) การหัวเราะบำบัดทำให้ร่างกายทุกส่วนขยับขับเคลื่อน ส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วนนอก ส่วนกลาง และส่วนใน ให้ทำงานดีขึ้น เป็นระบบขึ้น ทำให้สมองคิดแง่ดี มองโลกแง่บวก อารมณ์ดี พัฒนาอารมณ์รัก และการมีเพศสัมพันธ์ และช่วยป้องกันอาการไร้อารมณ์ หงอยเหงา โดดเดี่ยว ไม่อยากเข้าสังคม การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และการเข้าสังคม

7. ระบบภูมิคุ้มกันดี การหัวเราะช่วยให้ร่างกายทำงานเป็นระบบ ช่วยทำลายอนุมูลอิสระที่เป็นตัวการสำคัญของการผิดปกติในเซลล์ของร่างกาย นักวิจัยพบว่าเสียงหัวเราะช่วยสร้างความแข็งแรงให้กับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้เป็นอย่างดี

แนวคิดของการหัวเราะบ๊อบ

อิงตามหลักของศาสตร์ตะวันออกที่มองทุกอย่างเป็นองค์รวม โดยเน้นฝึกด้วยท่าหัวเราะหลายๆท่าต่อเนื่อง 2 – 3 ชั่วโมง เพราะในแต่ละท่าจะมีประโยชน์ต่างกัน โดยใช้เสียง โอ อา อุ เอ นำมาประยุกต์ในกระบวนการหัวเราะบ๊อบ ซึ่งเป็นเสียงพื้นฐานสากลที่ใช้กันทั่วโลก

เสียงโอ/ท้องหัวเราะ เป็นการออกเสียงจากท้อง โดยยืนตัวตรง กางขาเล็กน้อย กางแขนออกไปด้านข้างของลำตัว งอแขนเล็กน้อย กำมือทั้งสองข้างโดยชูนิ้วหัวแม่มือขึ้น ตามองตรง สูดลมหายใจเข้าปอดลึกๆ กักลมไว้ จากนั้นค่อยๆปล่อยเสียง “โอ โอะ ๆ ๆ...” เหมือนเสียงซานตาคลอสหัวเราะ ขณะเดียวกันให้ค่อยๆปล่อยลมหายใจออก พร้อมกับขยับแขนขึ้นลง

เสียงอา/อกหัวเราะ เป็นการเปล่งเสียงออกจากอก ให้ยืนตรงกางขาเล็กน้อย กางแขนออกไปข้างลำตัวเหมือนนกกระพือปีก หงายมือขึ้น และปล่อยมือตามสบาย ตามองตรง สูดลมหายใจลึกๆ กักลมไว้ ค่อยๆปล่อยเสียง “อา อะ ๆ ๆ...” ดังๆเหมือนเสียงเจ้าพ่อหัวเราะ ขณะเดียวกันให้ปล่อยลมหายใจออก พร้อมกับกระพือแขนขึ้นลง ประโยชน์ของท่าอกหัวเราะเมื่อเปล่งเสียงอา จะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก หัวใจ ปอดและไหลเวียนดีขึ้นไปด้วย ท่านี้จะช่วยให้อวัยวะบริเวณหน้าอกทั้งหมดทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้การสูดฉีดและการไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น

เสียงอุ/คอหัวเราะ เป็นการเปล่งเสียงออกจากลำคอ เริ่มด้วยยืนตรง กางขาเล็กน้อย แขนแนบลำตัว ยกตั้งฉากชี้ไปข้างหน้า งอนิ้วนางและนิ้วก้อยเข้าหาตัวเอง ยกนิ้วหัวแม่มือขึ้น และชี้นิ้วชี้และนิ้วกลางไปข้างหน้าในลักษณะชิดติดกัน เหมือนทำยิงปืน ตามองตรง จากนั้นสูดลมหายใจลึกๆ กักลมไว้ แล้วค่อยๆปล่อยเสียง “อุ อุ ๆ ๆ...” เหมือนเสียงหมาป่าหอน ขณะเดียวกันค่อยๆปล่อยลมหายใจออก พร้อมกับแก้มือไปข้างหน้า

เสียงเอ/ใบหน้าหัวเราะ ท่านี้จะทำแบบสบายๆ โดยยืนตามสบาย ค่อยๆยกมือขึ้นมาตามถนัด สูดลมหายใจลึกๆ แล้วขยับทุกนิ้วทั้งหัวแม่มือ ชี กลาง นาง และก้อย ตามองตรงระหว่างนั้นให้เปล่งเสียง “เอ เอะ ๆ ๆ...” ออกมา เหมือนหยอกล้อเด็ก นอกจากจะได้ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กที่นิ้วมือแล้วท่านี้ยังช่วยบริหารสมองด้วย ประโยชน์ของท่าใบหน้าหัวเราะ คนสมัยนี้ชอบคิดมาก บึ้งตึง จึงทำให้เครียด ปวดศีรษะ ปวดสมอง เมื่อเปล่งเสียงเอ ใบหน้าจะมีลักษณะเหมือนกำลังฉึกยิ้มโดยอัตโนมัติ เหมือนเรากำลังเล่นจะเอ้กับเด็กตัวเล็กๆ เสียงเอจะทำให้เรายิ้มง่ายขึ้น

ฝึกหัวเราะบ๊อบด้วยตนเอง

การฝึกหัวเราะบ๊อบด้วยตนเองไม่ใช่เรื่องยาก ชั้นแรก ฝึกหัวเราะโดยมีสิ่งกระตุ้น เช่น ดูปาพยนตร์ตลก และหัวเราะเสียงดัง จากนั้นฝึกหัวเราะโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น โดยแยกอารมณ์ขันออกจากการหัวเราะ หรือเข้าใจว่าการหัวเราะไม่จำเป็นต้องมาจาก "ความรู้สึกตลก" เสมอไป

การหัวเราะโดยไม่มีเหตุผลนี้ให้เริ่มจากหัวเราะคิกคักและหัวเราะเสียงดังด้วยการเปล่งเสียงออกมาจากท้องผ่านลำคอและริมฝีปาก

หากต้องการให้การหัวเราะได้ผลดียิ่งขึ้น ควรเปล่งเสียงหัวเราะ เพื่อเคลื่อนไหวอวัยวะภายใน 4 ส่วนด้วยการเปล่งเสียงต่างๆ กัน คือเสียง "โอ" ทำให้ภายในท้องขยับ เสียง "อา" ทำให้ออกขยับขยาย เสียง "อุ" เสียง "เอ" ทำให้ลำคอเปิดโล่ง และช่วยบริหารใบหน้า

ขั้นตอนเริ่มจากหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้สักครู่ เปล่งเสียงเป็นจังหวะเช่น โอ โอ โอ โอ ยาวๆ จนกว่าจะหมดอากาศที่เก็บไว้ สูดหายใจเข้าใหม่ หัวเราะเสียงละ 3 ครั้ง เมื่อออกเสียงเป็นจังหวะแล้วให้บริหารร่างกายไปด้วย เริ่มจากเสียง "โอ" ให้ย่อตัวอยู่กับที่ เสียง "อา" ให้ยกแขนขึ้นสูงๆ แล้วโบกไปมา เสียง "อุ" ให้ส่ายเอวทำฮูลาฮูป เสียง "เอ" ให้หมุนหัวไหล่ โดยทำท่าเหล่านี้ในระหว่างที่หัวเราะด้วย นอกจากนี้ยังมีท่าหัวเราะบำบัด เพิ่มเติมอีกดังนี้

จมูกหัวเราะ ย่นจมูกขึ้นและทำเสียง "ฮึๆ..." ในจมูกเหมือนม้า ทำนี้จะช่วยไล่สิ่งสกปรกในจมูกออกมา บำบัดภูมิแพ้ ไซนัส หัวัด โดยเฉพาะคนที่มีปัญหาเรื่องระบบหายใจ ทำนี้จะช่วยให้จมูกโล่ง

ตาหัวเราะ กะพริบตาถี่ๆ กรอกตาขึ้นลงเป็นวงกลม แล้วเปล่งเสียง "อ่อย ๆ ๆ..." เล่นหูเล่นตา มองซ้ายที ขวาที เพื่อการบริหารดวงตาให้ผ่อนคลาย ใครที่มีปัญหาตาแห้งหรืออยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์นานๆ ทำนี้จะทำให้มีน้ำหล่อเลี้ยงที่ตา ช่วยให้ตาชุ่มชื้นขึ้น

สมองหัวเราะ โดยธรรมชาติของมนุษย์เมื่อเครียดมักจะปิดปาก เป็นเหตุให้ความดันขึ้นสมอง ทำนี้จะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว โดยปิดปากแล้วเปล่งเสียง "ฮึ ๆ ๆ..." ดันให้เกิดการสั่นสะเทือน ขึ้นไปนวดสมอง เมื่อทำเสร็จจะรู้สึกโล่ง โปร่งสบาย

ไหล่หัวเราะ เป็นการบริหารช่วงไหล่ ยืนตรงแล้วส่ายไหล่ไปมา เหมือนการว่ายน้ำฟรีสไตล์ พร้อมกับเปล่งเสียง "เอ เอะ ๆ ๆ..." ใครที่มีปัญหาเกี่ยวกับไหล่ ทำนี้จะช่วยได้

เอวหรือก้นหัวเราะ ช่วยบริหารบริเวณไขสันหลัง ก้นและสะโพก โดยช่วงกลางลำตัวต้องนั่งอยู่กับที่ ขณะทำให้เขมวท้องขมิบก้น พร้อมเปล่งเสียง "อุ อุ ๆ ๆ..."

หากวันนี้คุณยังหาวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเองไม่ได้ลองชวนคนในครอบครัวมาหัวเราะพร้อมเคลื่อนไหวร่างกายด้วยกันสิคะ นอกจากได้ออกกำลังกายแล้ว ยังสร้างรอยยิ้มในครอบครัวคุณอีกด้วย

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา
แผนการจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนเรื่องการสาธิตการ
ประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวคิด

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรงได้ การรักษาโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะผู้ที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการควบคุมการรับประทานอาหาร ดังนั้นการประกอบอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ เรื่องการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการประกอบอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน

สถานที่

ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง

ระยะเวลา

1 ชั่วโมง 30 นาที

การจัดกิจกรรมสุขศึกษา

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
2. กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็น ความรู้เรื่องการประกอบอาหาร และการรับรู้ความสามารถตนเองในการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. การสาธิตการประกอบอาหาร เสนอตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. รับประทานอาหารร่วมกัน

สื่อ

1. ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เตรียมวัตถุดิบเพื่อใช้สาธิตข้าวยาบักขี้ไต้
3. โพสต์เตอร์เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การประเมินผล

1. จากการสังเกต และการมีส่วนร่วมของสมาชิกจากการเข้าร่วมกิจกรรม
2. จากการซักถาม และความสนใจ



สาระข่าวยาปักยได้

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรงได้ การรักษาโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะผู้ที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการควบคุมการรับประทานอาหาร ดังนั้นการประกอบอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้

ร่างกายมนุษย์ต้องการพลังงานเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิต พลังงานส่วนใหญ่ได้มาจากน้ำตาลที่อยู่ในเลือด เมื่อเรารับประทานอาหาร สารอาหารต่างๆ จะถูกย่อยในกระเพาะอาหาร และลำไส้ย่อยจนมีขนาดเล็กมาก และดูดซึมผ่านผนังลำไส้เข้าสู่กระแสเลือด สารอาหารบางจำพวกจะถูกย่อยสลายจนกลายเป็นน้ำตาลกลูโคสซึ่งมีขนาดเล็กมาก และดูดซึมผ่านผนังลำไส้เข้าสู่กระแสเลือด ภายหลังรับประทานอาหารเราจึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากเป็นผลสำเร็จของการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ แต่คนไทยมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคป้องกันได้ ๕ อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ในอัตราที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่ใช้ชีวิต “อยู่สบาย กินอร่อย” ที่นิยมบริโภคอาหารไขมันสูง แป้งน้ำตาล และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ในสภาวะปัจจุบันพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ก็มีสาเหตุเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตจากเดิมซึ่งเป็นสังคมชนบทมาเป็นสังคมเมือง และเปลี่ยนจากสังคมการทำเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้คนไทยโดยส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เร่งรีบมากกว่าในอดีต ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปในทางที่เลวลง ดังจะเห็นได้ว่าแกงถูกกลายเป็นอาหารยอดนิยมของเกือบทุกครัวเรือน และมีจำหน่ายอยู่เป็นจำนวนมากเกือบทุกตลาด เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย รวดเร็ว และมีราคาไม่แพง ทั้งที่อาหารเหล่านี้จะมีกรรมวิธีในการปรุงที่ไม่ถูกสุขลักษณะทำให้มีเชื้อจุลินทรีย์ที่มีโทษต่อร่างกายบางชนิดเจริญเติบโตได้ง่าย ให้อุณหภูมิทางโภชนาการที่ไม่ครบถ้วน และมีสารเคมีจากถุงพลาสติกที่บรรจุค้ำจนเปื้อนที่ส่งผลก่อให้เกิดโรคร้ายต่างๆ แก่ผู้บริโภค แต่ด้วยความจำเป็นในสังคมยุคปัจจุบันผู้บริโภคก็จำยอมที่จะละเลยมองข้ามความเป็นจริงเหล่านี้

ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาการบริโภคของเด็ก และเยาวชนที่ได้รับอิทธิพลจากการโฆษณาจากสื่อกระแสหลักพฤติกรรมกรรมการบริโภคจึงเปลี่ยนแปลงไปในทางลบทำให้มีปัญหากับสุขภาพ เนื่องจากเยาวชนให้ความสนใจต่อความปลอดภัยและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารน้อยลง หลงใหลในขนมขบเคี้ยวชนิดของคุณภาพต่ำมากกว่าขนมไทยที่มีคุณค่าทาง

โภชนาการ อีกทั้งหันมาเลียนแบบวัฒนธรรมการบริโภคของชาติตะวันตกมากขึ้น เช่น การนิยมบริโภคอาหารจานด่วน หรือ *Fast Food* ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมันและคลอเรสเตอรอลสูง

ฉะนั้นเรื่องราวของอาหาร – ขนมพื้นบ้านภาคใต้ ยังคงเป็นแนวสาระเกี่ยวกับอาหารการกินให้กับเยาวชนที่ และผู้ที่ยังให้ความสำคัญกับเรื่องวิถีอยู่ วิถีกินเพื่อสุขภาพ ที่รู้จักเลือกกินอาหารให้เป็นยาบำรุงร่างกาย ป้องกันและรักษาโรค ที่เรียกว่า **“โภชนบำบัด”** เป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะ **“ข้าวยา”** ซึ่งเป็นอาหารเชิงวัฒนธรรมพื้นบ้านของชาวนาใต้ ที่สืบทอดส่งสมกันมายาวนานหลายชั่วคน นับเป็นรายการอาหารพื้นบ้านชนิดหนึ่ง ที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงสมควรแก่การศึกษา



ภาคผนวก ค
สื่อประกอบการจัดกิจกรรมสุขศึกษา

1. คู่มือหัวเราะเคาะโรค หัวเราะบำบัด
2. ใบความรู้ ข้าวยาพิษใต้
3. แผ่นพับ เรื่องโรคเบาหวาน
4. โปสเตอร์

หัวเราะ เคาะโรค

หัวเราะบำบัด



จัดทำโดย

นางสาวพชรรัตน์ ธรรมรักษา

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หวัเราะเป็นการแสดงออกของมนุษย์ที่มีภาวะอารมณ์
 ขั้น หวัเราะเป็นปฏิกิริยาต่อเรื่องขำขัน สิ่งที่น่าขันโดย
 แสดงออกเป็นการเปล่งเสียงพร้อมกับการยิ้ม

หวัเราะกันเถอะ ไม่เครียด...ไม่อ้วน

น่าแปลกที่คนไทยส่วนใหญ่ไม่ว่าชาย หรือหญิงยิ้มไม่เป็น
 หวัเราะไม่ได้ ทั้งที่เมืองไทยได้ชื่อว่าเป็นสยามเมืองยิ้ม ...
 รอยยิ้ม และเสียงหวัเราะที่เคยมีความสุขกลับหายไปจาก
 สังคมไทย ไม่เพียงแค่สังคมไทยเท่านั้น ในประเทศอื่น ก็
 ประสบปัญหาขาดรอยยิ้มและเสียงหวัเราะเช่นกัน อาจเป็น
 เพราะการใช้ชีวิตที่เคร่งเครียด และเอาจริงเอาจังเสียจนลืม
 หวัเราะ หรือยิ้มไม่ออกนั่นเอง

จากการวิจัยเสียงหวัเราะในเด็กเล็กๆ พบว่า เด็กจะหวัเราะต่อ
 วัน 200 – 400 ครั้ง ขณะที่ผู้ใหญ่มีเพียง 16 – 18 ครั้งต่อวัน จะ
 เห็นว่าน้อยมาก เราจึงลืมที่จะแสดงอารมณ์ที่ดีๆ โดยเฉพาะ
 หวัเราะเมื่อมีความสุข โดยเฉลี่ยผู้ชายที่ใช้สมองฉึกซ้ายมากๆ ซึ่ง
 ต้องใช้ความคิดจะหวัเราะยากกว่าผู้หญิง

การหวัเราะของมนุษย์เรานั้นมี 2 ลักษณะ คือ หวัเราะ
 ธรรมชาติอย่างที่เราหวัเราะ เมื่อได้ยินหรือเห็นเรื่องตลกๆ ซึ่ง
 จะต้องมึสิ่งมากระตุ้น ส่วนหวัเราะบำบัดนั้นเกิดขึ้นมาเพื่อช่วยคน
 ที่มีปัญหา

ด้านการหิวเรา จะเห็นว่าแค่การยิ้ม ซึ่งดูเหมือนจะง่ายกว่าการหิวเรา แต่คนเรากลับยิ้มยาก บางคนบอกว่ายิ้มไม่เป็น

การหิวเรานำบัดนั้นจะทำให้ การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่ายดีขึ้น เกิดความคิดสร้างสรรค์ และระบบภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายดีขึ้น

การหิวเรานำบัด เป็นการฝึกโดยไม่จำเป็นต้องอาศัยการกระตุ้นใดๆ ทั้งสิ้น เสมือนการออกกำลังกายภายใน เมื่อมีการออกกำลังกายภายใน ด้วยการหิวเราแบบต่างๆ ในร่างกายก็จะมี การขับเคลื่อนได้ดีขึ้น บางคนท้องผูก ท้องอืด ท้องเฟ้อ ระบบย่อยไม่ดี ถ้าเป็นโรคเครียดก็จะคลายลง สืบเนื่องมาจากทุกครั้งที่เรามีอาการเครียด กล้ามเนื้อทุกส่วนจะตึง แต่เมื่อมีอาการหิวเรา กล้ามเนื้อที่เคยตึงจะผ่อนคลาย ร่างกายเกิดความสมดุลมีความสุข เพราะสารแห่งความสุข หรือ “เอ็นโดฟิน” หลั่งออกมา

การฝึกหิวเรานำบัด จะแตกต่างจากการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย ถ้าเราเดินแอโรบิก 30 นาที จะเท่ากับการหิวเราอย่างต่อเนื่องเพียง 5 นาที โดยใช้ท่าทางการหิวเรานำบัด

ท่าทางการฝึกหิวเรานำบัด นั้นไม่เพียงแต่หิวเราเฉพาะปาก เพื่อให้เกิดเสียงเพียงแค่นั้น แต่ต้องหิวเราไปทั้งตัว นั่นคือขาหิวเรา แขนหิวเรา ไหล่หิวเรา ออกหิวเรา ท้องหิวเรา สมอหิวเรา

คนที่เข้าสู่กระบวนการฝึกหิวเรานำบัดจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้น สามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

การอบอุ่นร่างกายก่อนฝึกหัวเราะบำบัด

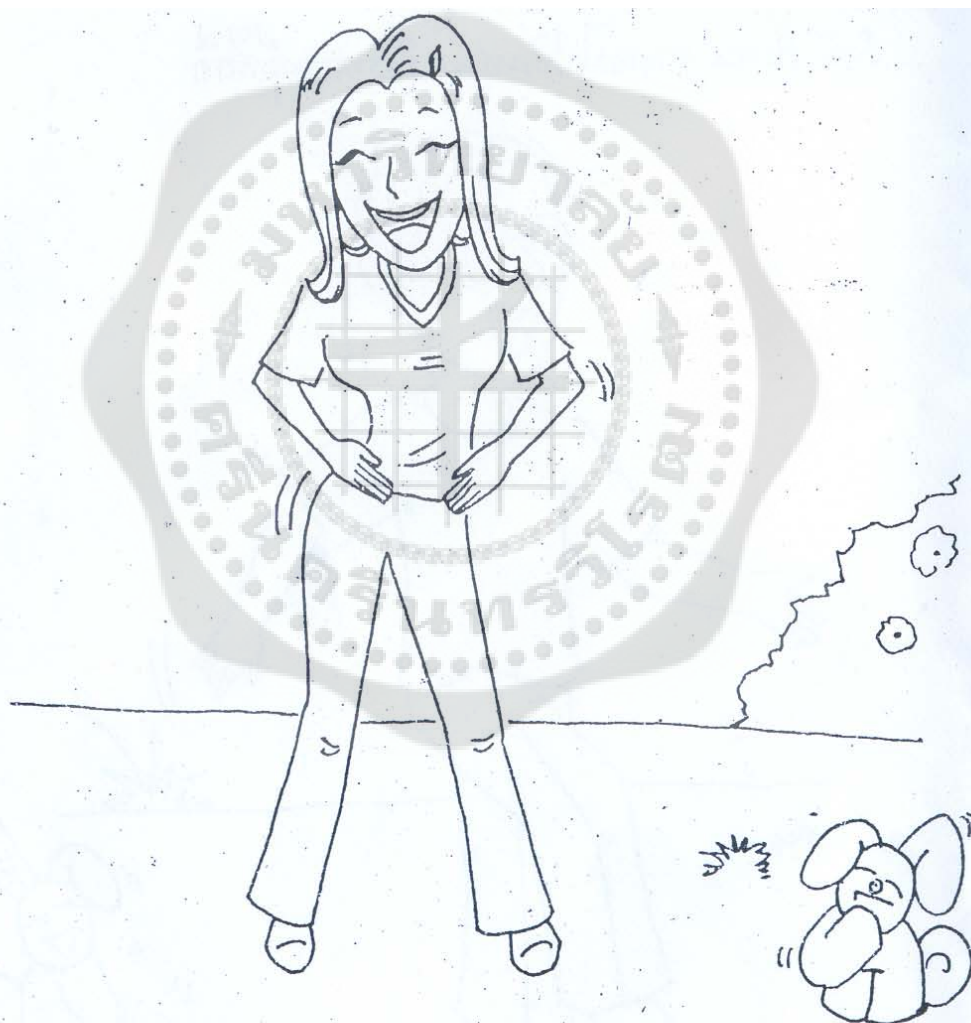
หนึ่ง : เดินย่ออยู่กับที่

ขายก แขนแกว่ง มือกับขา ขยับสลับกัน คล้ายกับการเดินย่ออยู่กับที่
ขาซ้ายยก มือขวาแกว่งไปข้างหน้า มือซ้ายแกว่งไปข้างหลัง
ขาขวายก มือซ้ายแกว่งไปข้างหน้า มือขวาก็ต้องแกว่งไปข้างหลัง
ลำตัวตั้งตรง ตามองไปข้างหน้า ด้วยความรู้สึกดี



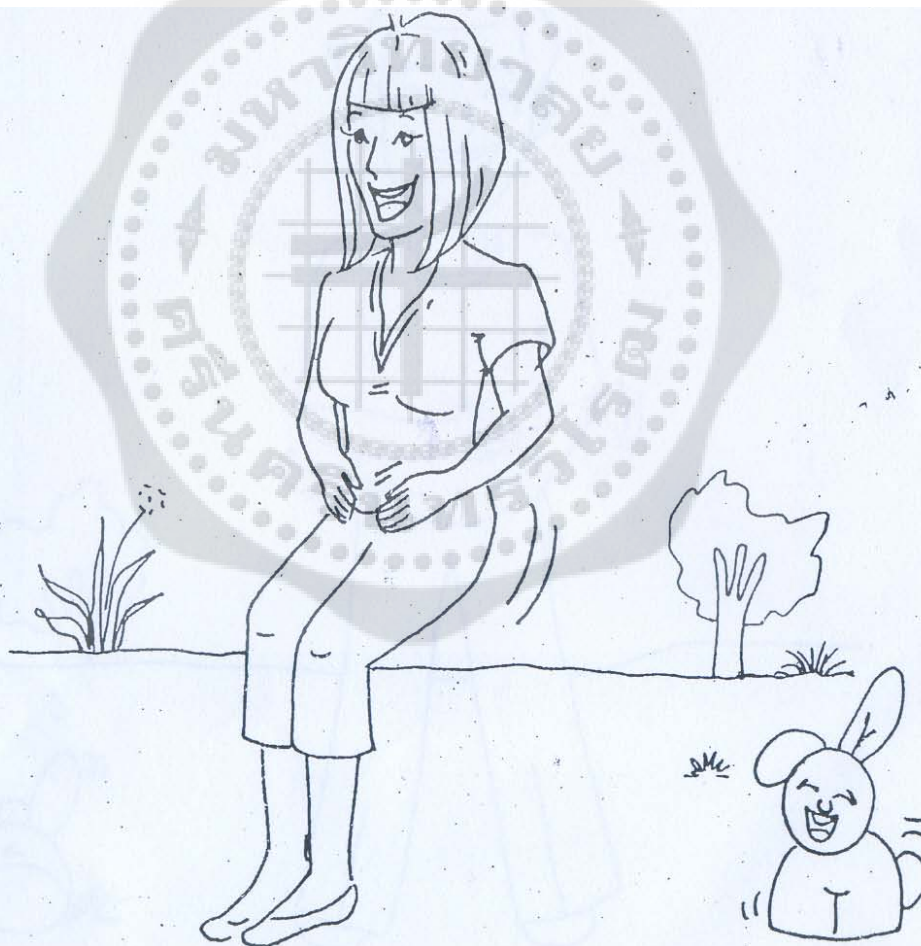
สอง : ขยับยกสะโพก

มือสองข้างเท้าเอว ตัวตรง แยกขาออกเล็กน้อย ประมาณช่วงเป้า เริ่มยกสะโพกไปทางซ้าย แล้วย้ายมาขวา พยายามให้ลำตัวตรง ยกเฉพาะส่วนสะโพก หากยังทำให้ลำตัวตรงไม่ได้ อาจใช้ขาสองข้างเข้าช่วย เมื่อสะโพกย้ายไปด้านใด ให้ขาข้างนั้นยืด ส่วนขาอีกข้าง



สาม : โยกหน้า – ย้ายหลัง

ท่านี้เป็นส่วนหนึ่งของท่าที่สอง คราวนี้จะบริหารช่วงท้อง ก้น และทวารโดยการขมิบก้น แหม่วท้อง โยกมาด้านหลัง (หลังตรง) จะรู้สึกได้ว่าท้องเกร็งท้องน้อยเล็กน้อย จากนั้นย้ายยกขยับไปด้านหลัง โดยการดันไปกลับไป คลายการขมิบออก ก้นจะยกโด่ง ขึ้นไปข้างหลังจะได้บริหารหน้าท้องไปในตัว ทำเป็นจังหวะ หน้า หลัง หน้า หลัง



สี่ : แกว่งแขน เหวี่ยงไปด้านข้าง

ยืนแยกขาออกด้านข้างเล็กน้อย ความกว้างประมาณช่วงไหล่ ยืนให้ร่างกายมั่นคง สมดุล จากนั้นกางแขนออกไปด้านข้างแล้วแกว่งตัว แกว่งแขนไปด้านข้าง พอหมุนตัวไปทางซ้าย แขนขวาจะเหวี่ยงมาที่ไหล่ซ้าย แขนซ้ายเหวี่ยงไปทาง เอวด้านขวา เมื่อหมุนตัวไปทางขวา แขนซ้ายจะเหวี่ยงมาที่ไหล่ขวา แขนขวาเหวี่ยงไปที่เอวด้านซ้าย



มาเริ่มหวัเราะบำบัดกันนะครับ

ท่าที่ 1 : ท้องหวัเราะ

กำมือทั้งสองข้างไว้หลวมๆ ยกนิ้วโป้งชูขึ้นมาทั้งสองข้าง ตำแหน่งของมือนั้นอยู่ระดับท้อง ขณะหายใจเข้า และขณะเปล่งเสียง หวัเราะ “โอ” ช่วงลมหายใจในท้องให้ “ท้องหวัเราะ” ก็ยับยั้งเคลื่อนมือทั้งสองข้าง ขึ้นลง ขึ้นลง เป็นจังหวะไปด้วย นิ้วโป้งคงตั้งไว้ให้หนักแน่น



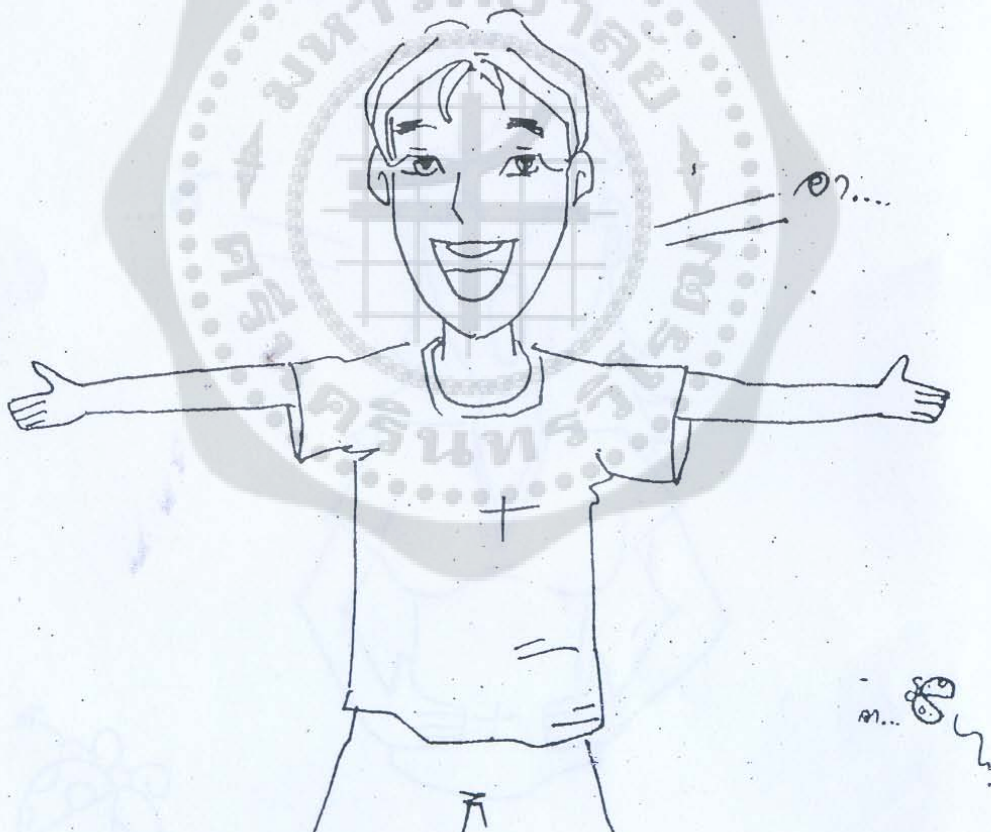
โอ...



ท้องหวัเราะเปล่งออกเสียง “โอ”

ท่าที่ 2 : ออกหัวเราะ

กางแขนทั้งสองข้างออกไปด้านข้าง ฝ่ามือเปิดหงายขึ้นด้านบน ช่วงแขนจะอยู่ระดับช่องอก ขณะหายใจเข้า ขณะกลืนและขณะปล่อยลมหายใจออกด้วยการเปล่งเสียงหัวเราะ “อา” ด้วยท่า “ออกหัวเราะ” จะขยับขยับเคลื่อนไหวแขนทั้งสองข้าง ขึ้นลง ขึ้นลง เป็นจังหวะโดยข้อมือไม่สะบัด พับไปพับมา เวลาแขนขยับขึ้นลง



ออกหัวเราะเปล่งออกเสียง “อา”

ท่าที่ 3 : คอหวัเราะ

ยกมือทั้งสองข้างขึ้น ระดับอก จัดให้นิ้วโป้งตั้งตรงขึ้นมา นิ้วชี้ นิ้วกลางเหยียดออกไปข้างหน้า นิ้วนางและนิ้วก้อยงอพับเก็บเข้าหาบริเวณฝ่ามือ ขณะหายใจเข้า และขณะเปล่งเสียงหวัเราะ “อุ” ด้วยท่า “คอหวัเราะ” จะขยับขับเคลื่อนแขนทั้งสองข้าง เข้าออก เข้าออกเป็นจังหวะ โดยเน้นแรงนิ้ว มือพุ่งไปข้างหน้า



คอหวัเราะเปล่งออกเสียง “อุ”

ท่าที่ 4 : ไบหน้าหัวเราะ

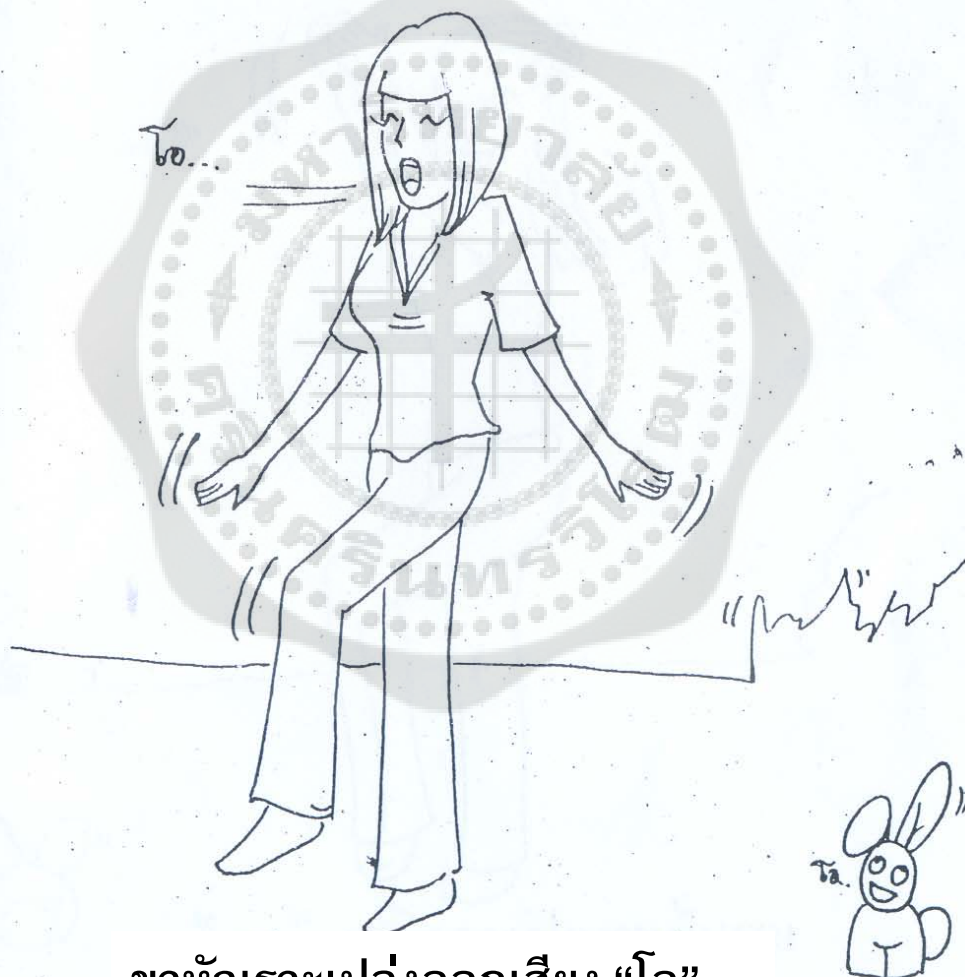
ยกแขนทั้งสองข้างขึ้น ตั้งอยู่ระดับไบหน้า ขยับนิ้วที่ละนิ้ว โป่ง ขึ้น กลาง นาง ก้อย เหมือนเล่นเปียโน เพื่อฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กจะไล่ไปที่ ละนิ้วพร้อมกันทั้งสองมือ ขณะหายใจเข้าและขณะเปล่งเสียงหัวเราะ “เอ” ด้วยท่า “ไบหน้าหัวเราะ” จะขยับขับเคลื่อนนิ้วพร้อมทั้ง เคลื่อนไหวร่างกายไปมาซ้าย – ขวา



ไบหน้าหัวเราะเปล่งออกเสียง “เอ”

ท่าที่ 5 : ขาหวั้เราะ

คล้ายท่าอ่อนเครื่องท่าแรก เดินย่ออยู่กับที่ มือกับขาแยกขยับสลับกัน ขาซ้ายยก มือขวาแกว่งไปข้างหน้า มือซ้ายแกว่งไปข้างหลัง ขาขวายกมือซ้ายแกว่งไปข้างหน้า มือขวาแกว่งไปข้างหลัง ขณะหายใจเข้า และขณะเปล่งเสียงหัวเราะ “โอ” ด้วยท่า “ขาหวั้เราะ” จะขยับขาและมือไปตลอด ลำตัวตั้งตรง



ขาหวั้เราะเปล่งออกเสียง “โอ”

ท่าที่ 6 : แขนหัวเราะ

ยกแขนทั้งสองข้างชูขึ้น ขนานกันตลอด (เหมือนเลข 11) โบกไปมา ให้สัมพันธ์กับขาไปในทิศทางตรงข้าม โดยแขนที่โบก ไปซ้ายไปขวาจะไม่ตกลงมาต่ำกว่าระดับไหล่ ขณะหายใจเข้า และขณะเปล่งเสียงหัวเราะ “ฮา” ด้วยท่า “แขนหัวเราะ” จะขยับขาและมือไปตลอด โดยขาซ้ายยก แขนทั้งสองจะโบกไปทางขวา ขาขวายก แขนทั้งสองก็โบกไปทางซ้าย



แขนหัวเราะเปล่งออกเสียง “ฮา”



ท่าที่ 7 : ก้น (สะโพก) หัวเราะ

ลำตัวตรง หมุนสะโพก เป็นวงกลม ย่อเข้าเล็กน้อย จะหมุนได้สะดวกขึ้น มือทั้งสองข้างไม่ต้องจับที่เอว ขณะหายใจเข้าและขณะเปล่งเสียงหัวเราะ “อู” ด้วยท่า “ก้น (สะโพก) หัวเราะ” จะรู้สึกได้บริเวณช่วงสะโพก ก้นท้องน้อยมันโยกตลอดเมื่อหมดหนึ่งรอบ ขณะหายใจเข้าเพื่อออกเสียงในรอบต่อไปให้หมุนวนกลับ สลับกันเน้นบริหารกล้ามเนื้อบริเวณท้องน้อยกับใต้ลิ้นปี

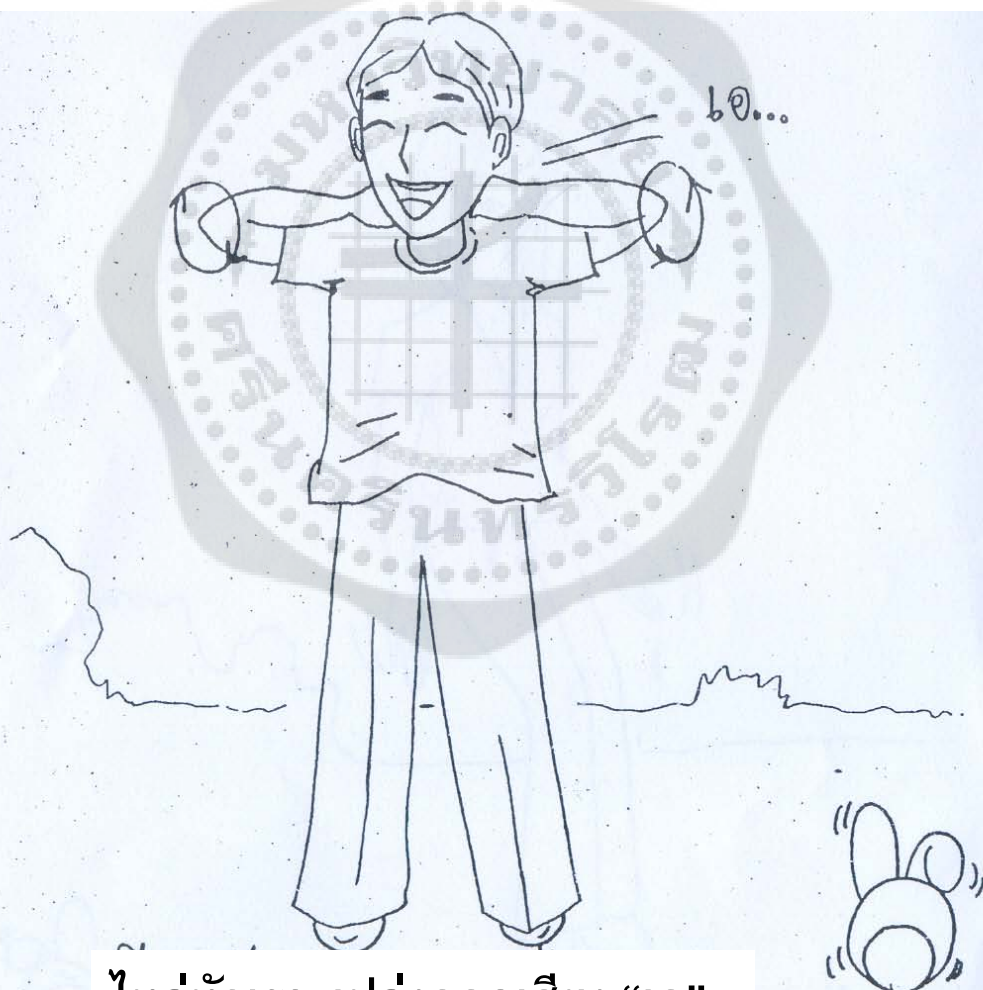


ก้น (สะโพก) หัวเราะเปล่งออกเสียง “อู”



ท่าที่ 8 : ไหล่หัวเราะ

หมุนไหล่ทั้งสองข้าง โดยขณะหมุนลำตัวทั้งตัวจะโยกไปด้วย โดยที่ขายังแนบสนิทกับพื้นอย่างแน่นหนัก ขณะหายใจเข้าและขณะปล่อยเสียงหัวเราะ “เอ” ด้วยท่า “ไหล่หัวเราะ” ในแต่ละรอบของการออกเสียงจะหมุนไหล่สลับกัน คือ รอบแรกหมุนไปข้างหลังก่อนคล้ายว่ายนํ้าท่ากรรเชียง แต่ไม่ต้องยกแขน รอบสองหมุนไหล่สลับมาข้างหน้าคล้ายว่ายนํ้าท่าฟรีสไตล์ ซึ่งเน้นการนวดไหล่



ไหล่หัวเราะปล่อยออกเสียง “เอ”

ท่าที่ 9 : สมองหัวเราะ

ยืนตรงหลับตา ขณะหายใจเข้าสู่สุดหายใจลึก เต็ม แน่น และกลั้นลมหายใจไว้สักครู่ จึงเปล่งเสียง อืม...อืม...อืม... ในท่าปิดปาก เพื่อต้องการดันเสียง อืมๆๆๆ นี้ก้องไปทั่วสมอง เป็นจังหวะโดยไม่ขบฟัน จะรู้สึกได้ว่าสมองมีการสั่นอยู่ภายในให้สารเคมีแปลกปลอมที่เกาะอยู่ตามเส้นประสาทสมอง มันหลุดออก พอออกเสียงเสร็จแล้วจึงเปิดปาก เอาสิ่งที่ไม่ดีออก



สมองหัวเราะเปล่งออกเสียง “อา”

ท่าที่ 10 : ทั้งตัวหัวเราะ เคาะโรคออกจากตัว

ทำนี้กระโดดตัว ออกเสียงหัวเราะแบบสุดๆ ด้วยเสียงอะไรก็ได้ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของตัวเอง เปล่งให้เต็มที่ยาวต่อเนื่องประมาณ 1 นาที



ทั้งตัวหัวเราะ เปล่งเสียงอะไรก็ได้ตามเอกลักษณ์ของตนเอง

ใบความรู้ข้าวยาปักข์ใต้



ข้าวยา ๑ จาน ประกอบไปด้วย

ข้าวสวย น้ำบูดูข้าวยาสมุนไพร ผลไม้รสเปรี้ยว (อาทิ มะม่วงดิบ มะยม มะปริง มะขามสด มะมุดดิบ ฯลฯ) หั่นหรือซอย มะพร้าวคั่ว กุ้งแห้งป่น พริกคั่วป่น และหมวดข้าวยา ซึ่งประกอบไปด้วยผักสดหลากหลายชนิด อาทิ ใบกะพังโหม ใบชะพลู ใบยอ ใบมะยมอ่อน แตงกวา ถั่วงอกถั่ว ฝักยาว ฯลฯ

ในข้าวยาภาคใต้ ๑ ชุด หรือ ๑ จาน จะให้พลังงานต่อร่างกาย ๑,๑๔๐ กิโลแคลอรี ซึ่งประกอบด้วย

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| - น้ำ ๕๕๙.๗ กรัม | - โปรตีน ๓๑.๑ กรัม |
| - ไขมัน ๑๘.๐ กรัม | - คาร์โบไฮเดรต ๒๑๗.๓ กรัม |
| - กาก ๑๑.๘ กรัม | - ไฟเบอร์ ๑.๘ กรัม |
| - แคลเซียม ๑๙๑.๙ มิลลิกรัม | - ฟอสฟอรัส ๓๖๓ มิลลิกรัม |
| - เหล็ก ๒๐๐ มิลลิกรัม | - เรตินอล ๑๓.๒ ไมโครกรัม |
| - เบต้า - แคโรทีน ๖๕.๘ ไมโครกรัม | - วิตามินเอ ๖๗๗๒.๔ IU |
| - วิตามินบีหนึ่ง ๘๒๕.๑๘ มิลลิกรัม | - วิตามินบีสอง ๐.๖๑ มิลลิกรัม |
| - ในอาซิน ๗.๗๗ มิลลิกรัม | - วิตามินซี ๖๘.๘๐ มิลลิกรัม |

เครื่องปรุงของข้าวยาซึ่งประกอบไปด้วย ผักสมุนไพรจากในสวน ในไร่ ข้าวในนา ปลาจากทะเล ครบถ้วน ๕ หมู่

เครื่องปรุงของข้าวยา จะมีคุณค่าทางโภชนาการสูง และครบถ้วนใน ๑ มื้อ นับเป็นภูมิปัญญาด้านโภชนาการของคนภาคใต้ ที่สั่งสมสืบทอดกันมายาวนาน ซึ่งพอจำแนกได้ ดังนี้

ข้าวสวย เป็นเจ้าหุงสุก เพื่อเพิ่มรสชาติของข้าวและคุณค่าทางโภชนาการ บางแห่งนิยมใช้ข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ เพื่อช่วยเพิ่มกากและเส้นใย หรืออาจเป็นข้าวสวยหุงด้วยน้ำสมุนไพร เช่น น้ำใบยอ น้ำดอกอัญชัน

มะม่วงดิบซอย เป็นตัวช่วยปรุงรส นิยมใช้มะม่วงพื้นถิ่น เช่น มะม่วงเบา หรืออาจใช้มะขามสด มะยมดิบ มะปริงดิบ หรือมะมุดดิบก็ได้ นอกจากให้วิตามินซีแล้ว ยังเป็นตัวช่วยปรุงรสในข้าวยา ช่วยลดความเค็มของน้ำบูดูข้าวยา และสร้างความกลมกล่อมในรสชาติของข้าวยา

น้ำบูดูข้าวยาสมุนไพร ซึ่งประกอบด้วย น้ำบูดู หอมแดง มะขามเปียก ตะไคร้ ใบมะกรูด หัวข่า น้ำตาลทรายหรือน้ำผึ้งเหลว

มะพร้าวคั่ว เป็นส่วนประกอบสำคัญของข้าวยาที่ใส่คู่กับกุ้งแห้งป่นเพิ่มความหอม ความมันให้รสชาติแบบอาหารวิถีใต้ เพิ่มความอร่อย มะพร้าวคั่วจะให้ไขมัน ฟอสฟอรัส โปรตีน และแคลเซียม

กุ้งแห้งป่น เป็นส่วนประกอบสำคัญของข้าวยาพอกๆกับมะพร้าวคั่ว ข้าวยาหากไม่ใส่กุ้งแห้ง ก็ทำให้ไม่มีรสชาติขาดความอร่อย กุ้งแห้งที่ใช้จะเป็นกุ้งทะเลจึงอุดมไปด้วยคุณค่า อาหารที่ได้จะให้ทั้งโปรตีนและแคลเซียม

หมวดข้าวยา เป็นคำถิ่นใต้ ที่หมายถึงสรรพพรรณผักสมุนไพร ที่ใช้ใส่ในข้าวยา จะให้คุณค่าทางโภชนาการ และเวชการ ซึ่งเป็นทั้งอาหารและยาบำบัด บำรุง พร้อมสรรพในจานเดียว เลิศค่ากว่าอาหารจานเดียวของชาติใดๆ

ข้าวตังทอด เป็นของแถมที่ใช้ใส่ในข้าวยาเพื่อเพิ่มรสชาติ และความกรอบกรอบในการรับประทาน

พริกคั่วป่น เป็นภูมิปัญญาของคนภาคใต้นำพริกป่นมาใช้ชูรสในข้าวยา พริกเป็นยาขับเสมหะ ช่วยการย่อย เพิ่มความอบอุ่นในร่างกายและรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ พริกยังช่วยป้องกันหวัด เพราะว่าพริกอุดมไปด้วย betacarotene bioflavonoid และวิตามินซี การกินพริกก่อนอาหารหรือพร้อมอาหารจะแก้อาการเบื่ออาหารได้

ไข่ต้ม เป็นของแถม ใช้รับประทานกับข้าวยา ให้วิตามินเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการให้กับผู้นิยมรับประทานข้าวยาเป็นอย่างยิ่ง



น้ำบดสมุนไพร

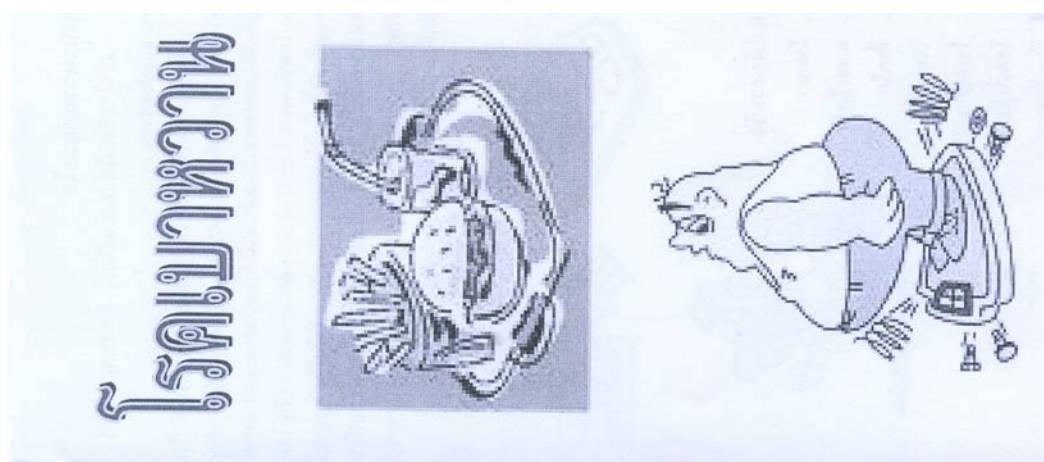
เป็นน้ำบดขำยาที่ใช้เครื่องบดไฟฟ้าบดเครื่องปรุงขำยาที่เตรียมไว้เพื่อจะได้เครื่องปรุงที่ละเอียดขึ้น เมื่อเคี้ยวน้ำบดไม่ต้องกรองเอาเครื่องปรุงทิ้งในขั้นสุดท้ายเพราะเครื่องปรุงที่ใช้บดน้ำบดขำยาเป็นสมุนไพรที่สามารถรับประทานได้ทั้งหมด เมื่อนำไปปรุงขำยาจึงเป็น “ขำยาสมุนไพร” ที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและมีประโยชน์ต่อผู้บริโภคมากกว่าสูตรเดิมๆ มีขั้นตอนการปรุงดังนี้

เครื่องปรุง ประกอบด้วย

๑. น้ำบด	๔	ถ้วย
๒. หอมแดงซอย	๑	ถ้วย
๓. มะขามเปียก	๑	ถ้วย
๔. ตะไคร้หั่น	๑/๒	ถ้วย
๕. ใบมะกรูดหั่นฝอย	๑/๒	ถ้วย
๖. ข่าหั่นฝอย	๑/๔	ถ้วย
และ ๗. น้ำตาลทรายหรือน้ำผึ้งเหลว	๑๐	ถ้วย

ขั้นตอนการปรุง

๑. นำเครื่องปรุง ซึ่งประกอบด้วยหอมแดงซอย มะขามเปียก ตะไคร้หั่น ใบมะกรูดหั่นฝอย และข่าหั่นฝอย บดด้วยเครื่องบดไฟฟ้าจนละเอียด
๒. ต้มเคี่ยวกับน้ำบดด้วยไฟกลาง
๓. ใส่เครื่องปรุงที่บดเตรียมไว้ เคี่ยวต่อด้วยไฟกลาง
๔. เติมน้ำตาลชิมให้ได้รสหวานน่าจิบได้ที่ก็จะได้ น้ำบดขำยา สมุนไพร



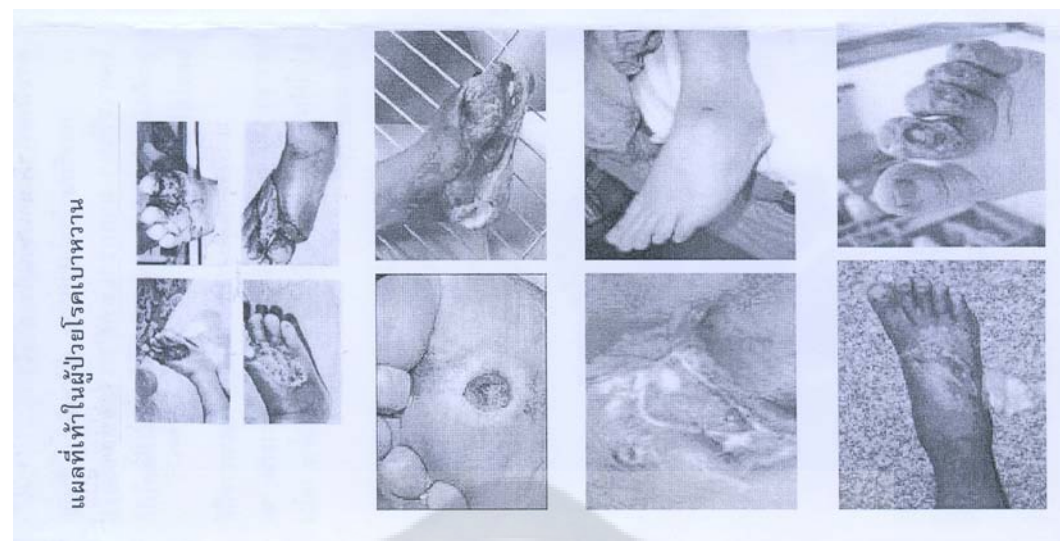
โรคเบาหวานคืออะไร

เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ใหญ่ คือประมาณ 2.5 - 6% ของประชากร

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญอันดับแรกที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดโรคหลอดเลือดตีบตันได้ในทุกส่วนของร่างกาย เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต จากเส้นโลหิตสมองตีบ โรคเส้นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงปอดมีอุปสรรคทำให้ขาดเลือด และยังเป็นสาเหตุของตาบอดจากทั้งเบาหวานขึ้นตา และต้อกระจกได้อีกด้วย

โรคที่ต้องระวัง

1. โรคตา
2. แผลเรื้อรัง
3. โรคไต
4. โรคหัวใจ
5. โรคความดันโลหิตสูง
6. โรคเหน็บชา
7. โรคอัมพาต



อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน



อาหารที่ไม่ควรบริโภค หรือบริโภคได้แต่จำกัดปริมาณ



จุดประสงค์ของการรักษาเบาหวาน คือ

1. แก้ไขภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกิดจากระดับน้ำตาลสูงมาก จนอาจหมดสติ

2. แก้ไข อาการของเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด ฯลฯ

3. ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดตีบตัน เช่น โรคอัมพาต โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย แผลเรื้อรัง การอุดตันของหลอดเลือด เช่นขา รวมทั้งโรคเบาหวานขึ้นตา และต้องการจะด้วย

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

- ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม
- ควบคุมการรับประทานอาหารสม่ำเสมอ
- ออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาวะร่างกาย
- ใช้ยาสม่ำเสมอตามที่แพทย์แนะนำ
- พบแพทย์สม่ำเสมอตามนัดเพื่อวัดผลการควบคุมน้ำตาล และตรวจหาโรคแทรกซ้อน
- ตรวจน้ำตาลในเลือดหรือในปัสสาวะบ่อยๆ โดยเฉพาะในรายที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดี
- พกน้ำตาล ทอफी หรือลูกกวาดติดตัวเสมอ และใช้ทันทีเมื่อมีอาการสงสัยว่าน้ำตาลต่ำ
- หมั่นตรวจเท้าทุกวัน ห้ามสวมรองเท้าที่คับเกินไป
- ปฏิบัติตามแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีอาการน้ำตาลต่ำ มีน้ำตาลในเลือดสูง มีบาดแผล หรือแผลที่เท้าและเมื่อตั้งครรภ์

การรักษาโรคเบาหวานทำอย่างไร

การรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการรักษา มากกว่าแพทย์ การดูแลตนเองที่ถูกต้องจะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และไม่เกิดโรคแทรกซ้อน

1. การควบคุมอาหาร เลือกทานอาหารที่มีความหวานต่ำ ปรับสัดส่วนอาหารให้เหมาะสม จะทำให้การดูดซึมกลูโคสช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

2. การใช้ยารับประทาน
3. การออกกำลังกาย ทำให้มีการใช้พลังงาน ระดับน้ำตาลลดลงได้
4. การดูแลรักษาเท้า



นางสาวพชรรัตน์ ธรรมรักษา
นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โปสเตอร์ เรื่อง โรคเบาหวาน



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผลการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมิน

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

หมายเลข

ตอนที่ 1 แบบทดสอบข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่เป็นจริง หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ ปี

3. น้ำหนัก กิโลกรัม

4. ส่วนสูง เซนติเมตร

5. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการรับประทานอาหารเข้าจากการตรวจครั้งสุดท้าย
มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (เมื่อวันที่)

6. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย / หย่า / แยก

7. ระดับการศึกษา

() ไม่จบประถมศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลาย

() ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

() อื่นๆ โปรดระบุ

8. ศาสนา

() พุทธ

() อิสลาม

() อื่นๆ โปรดระบุ

9. อาชีพ

() เกษตรกร

() ค้าขาย

() รับราชการ / พนักงาน

รัฐวิสาหกิจ

() รับจ้าง

() พ่อบ้าน / แม่บ้าน

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() อื่นๆ โปรดระบุ

10. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเดือนละ บาท

11. ระยะเวลาที่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปี เดือน

12. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

() อยู่คนเดียว

() คู่สมรส

() คู่สมรส และบุตร

() ญาติพี่น้อง

() อื่นๆ โปรดระบุ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เรื่อง โรคเบาหวาน

ข้อความ	ก่อนการทดลอง $\bar{x} \pm s$	หลังการทดลอง $\bar{x} \pm s$
1. การกินอาหารครบ 3 มื้อตรงเวลา ช่วยป้องกันการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ	73.33±45.00 93.33±25.40	100.00±0.00 93.33±25.00
2. ผู้ที่เป็นเบาหวานกินผักและผลไม้ได้ทุกชนิดโดยไม่จำกัดจำนวน	53.00±51.00 70.00±47.00	86.67±35.00 70.00±47.00
3. ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารประเภทไขมันให้น้อยลง	97.67±18.00 56.67±50.00	100.00±0.00 63.33±49.00
4. อาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรลดปริมาณในแต่ละมื้อ คือ อาหารประเภทข้าว ขนมปัง และน้ำตาล	93.33±25.00 60.00±50.00	100.00±0.00 66.67±48.00
5. การควบคุมอาหารมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน คือ ช่วยให้ระดับน้ำตาลใน เลือดลดลง	90.00±30.50 53.33±0.50	96.67±18.30 66.67±48.00
6. ความเครียดส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด	80.00±41.00 80.00±41.00	96.67±18.30 80.00±41.00
7. การออกกำลังกาย ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ทำให้น้ำตาลในเลือดลดลง	83.33±38.00 80.00±41.00	93.33±25.00 80.00±41.00
8. ผู้ที่เป็นเบาหวานขณะออกกำลังกายเมื่อมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ใจสั่น ไม่ จำเป็นต้องหยุดออกกำลังกาย	43.33±50.00 60.00±50.00	93.33±25.40 73.33±45.00
9. การออกกำลังกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด	90.00±30.50 76.67±43.00	100.00±0.00 86.67±35.00
10. ถ้าหากลิ้มกินยาเบาหวานในมือนั้น ควรกินอาหารประเภทแป้ง หรือน้ำตาล ให้น้อยลง	70.00±47.00 60.00±50.00	83.33±38.00 70.00±47.00
11. เมื่อมีอาการชาเท้า ผู้ป่วยเบาหวานควรวางเท้าบนน้ำร้อนเพื่อลดอาการชา	10.00±30.50 73.33±45.00	73.33±45.00 83.33±38.00
12. การรับประทานยารักษาเบาหวานก่อนอาหาร ควรรับประทาน ก่อนมื้อ อาหาร 30 นาที	83.33±38.00 70.00±47.00	96.67±18.30 80.00±41.00
13. ผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาชุดได้เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด	26.67±45.00 66.67±48.00	83.33±38.00 76.67±43.00
14. การรักษาโรคเบาหวาน คือ การใช้ยา เพียงอย่างเดียว	43.33±50.40 63.33±50.00	83.33±38.00 76.67±43.00
15. เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดมีบาดแผลจะมีโอกาสหายช้ากว่าปกติ	80.00±41.00 73.33±45.00	90.00±30.50 76.67±43.00
16. ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีอาการเหงื่อออกมาก ตัวเย็นใจสั่น ตาลายคล้ายเป็นลม แสดงว่ามีน้ำตาลในเลือดต่ำ	63.33±50.00 80.00±41.00	86.67±35.00 86.67±35.00
17. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน คือ โรคไตวาย โรคต่อกระจก และหลอดเลือดหัวใจตีบ	83.33±38.00 60.00±50.00	93.33±25.40 73.33±45.00

หมายเหตุ ค่าตัวเลขบรรทัดบน หมายถึง กลุ่มทดลอง

ค่าตัวเลขบรรทัดล่าง หมายถึง กลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อความ	ก่อนการทดลอง $\bar{x} \pm s$	หลังการทดลอง $\bar{x} \pm s$
1. ท่านสามารถลดการรับประทานขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ทองหยอด เม็ดขนุน กัลยั๋มเชื่อมได้	2.53±0.81 1.93±0.64	2.83±0.37 1.97±0.55
2. ท่านสามารถลดรับประทานขนมหวานระหว่างมื้อให้น้อยลงได้	2.30±0.75 1.83±0.59	2.67±0.47 1.87±0.62
3. ท่านสามารถลดการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ขนุน มะม่วง สุก ทุเรียน องุ่นได้	2.33±0.88 1.83±0.69	2.73±0.45 1.97±0.66
4. ท่านสามารถดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้	2.53±0.86 2.07±0.52	2.87±0.34 2.10±0.48
5. ท่านสามารถลดการดื่มน้ำอัดลมได้	2.43±0.85 2.27±0.74	2.73±0.45 2.30±0.65
6. ท่านสามารถลดปริมาณการรับประทานอาหารพวกข้าว แป้งได้ใน แต่ละมื้อ	2.40±0.81 1.93±0.69	2.70±0.46 2.00±0.69
7. ในแต่ละวันท่านสามารถจัดเวลาสำหรับการออกกำลังกายได้	2.23±0.62 1.83±0.53	2.63±0.49 2.07±0.52
8. ท่านสามารถรับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาทีได้	2.30±0.70 2.07±0.58	2.70±0.46 2.17±0.53
9. ท่านสามารถรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้ทุกวัน	2.50±0.77 2.03±0.85	2.87±0.34 2.13±0.77
10. ท่านสามารถไปหาหมอได้ถ้ารักษาโรคเบาหวานหมดก่อนวัน นัด	2.63±0.55 1.97±0.76	2.73±0.45 2.13±0.57
11. ท่านสามารถไปตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง	2.70±0.53 2.03±0.92	2.93±0.25 2.23±0.72
12. เมื่อมีการตรวจตาประจำปีโดยจักษุแพทย์ (ที่ศบส.) ท่านสามารถ เข้ารับการตรวจได้	1.87±0.62 1.83±0.64	2.47±0.50 2.00±0.58
13. ท่านสามารถพกกลูโคมิตติ้ง เพื่อรับประทานเมื่อมีอาการตัวเย็น วิงเวียน ตาพร่ามัว คล้ายเป็นลม	2.07±0.86 1.93±0.64	2.67±0.47 2.03±0.66
14. ท่านสามารถแผลของตนเองได้ทุกวัน	2.27±0.58 1.93±0.74	2.73±0.45 2.07±0.58
15. ท่านสามารถทาครีม เมื่อผิวหนังแห้ง	2.07±0.78 2.07±0.69	2.53±0.50 2.13±0.50
16. ท่านสามารถทาแป้งฝุ่น ถ้าร่างกายมีเหงื่อออกมาก	1.47±1.07 1.90±0.75	2.53±0.50 2.00±0.69
17. ท่านสามารถทำความสะอาดซอกนิ้วเท้าและซัับให้แห้ง	2.27±0.45 2.13±0.62	2.63±0.49 2.20±0.48
18. ท่านสามารถสวมรองเท้าที่มีขนาดพอเหมาะกับเท้า เมื่อเดินนอก บ้าน	2.53±0.68 2.27±0.58	2.77±0.43 2.13±0.57

หมายเหตุ ค่าตัวเลขบรรทัดบน หมายถึง กลุ่มทดลอง

ค่าตัวเลขบรรทัดล่าง หมายถึง กลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อความ (ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	ก่อนการทดลอง $\bar{X} \pm s$	หลังการทดลอง $\bar{X} \pm s$
1. ท่านลดการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด	1.07±0.98 0.93±0.45	1.83±0.37 1.00±0.37
2. ท่านลดปริมาณอาหารประเภท ข้าว แป้งที่รับประทานในมื้อเย็น	1.27±0.90 0.90±0.60	1.80±0.40 1.00±0.58
3. ท่านใช้น้ำมันพืช (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม) ในการปรุงอาหาร	1.40±0.77 1.03±0.76	1.63±0.49 1.13±0.73
4. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภททอด เช่น หมูทอด	0.73±0.90 0.67±0.60	1.60±0.56 0.93±0.69
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทข้าวลดน้อยลงในแต่ละมื้อ	1.17±0.91 1.00±0.74	1.73±0.45 1.07±0.69
6. ท่านงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.60±0.77 1.03±0.66	1.80±0.40 1.17±0.59
7. ท่านออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 20 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	1.07±0.98 0.90±0.66	1.70±0.46 0.87±0.57
8. ท่านรับประทานยาก่อนอาหาร ก่อนมื้ออาหาร 30 นาที	1.40±0.89 1.00±0.69	1.80±0.40 1.00±0.58
9. ท่านสำรวจเท้าของตนเองทุกวัน	1.30±0.75 0.93±0.58	1.57±0.50 0.97±0.55
10. ท่านบริหารเท้า	0.97±0.80 0.80±0.61	1.63±0.49 0.90±0.48
11. ท่านสำรวจภายในรองเท้าก่อนใส่	1.00±0.83 1.17±0.69	1.63±0.49 1.17±0.69
12. ท่านมีลูกอมติดตัวไว้สำหรับอมเมื่อมีอาการใจสั่น คล้ายเป็นลม	0.67±0.84 0.63±0.61	1.70±0.46 0.73±0.58
13. ท่านไปพบแพทย์ตามนัด	1.73±0.64 1.13±0.50	1.93±0.25 1.17±0.53
14. ท่านสวมรองเท้าขนาดพอดีกับเท้า และหุ้มชั้นเท้า	0.90±0.92 0.97±0.66	1.73±0.45 1.30±0.61

หมายเหตุ ค่าตัวเลขบรรทัดบน หมายถึง กลุ่มทดลอง
ค่าตัวเลขบรรทัดล่าง หมายถึง กลุ่มควบคุม

ตอนที่ 5 ระดับน้ำตาลในเลือด

คำชี้แจง โปรดระบุระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการรับประทานอาหารเข้า

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการรับประทานอาหารเข้า มิลลิกรัม/เดซิลิตร



ภาคผนวก จ
รูปภาพกิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4

กิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 1



ภาพประกอบ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม



ภาพประกอบ ประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามแบบสอบถาม (Pre – test)



ภาพประกอบ บรรยากาศการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง

กิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 2



ภาพประกอบ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม



ภาพประกอบ ผู้วิจัยให้ความรู้สุขศึกษา ในเรื่องโรคเบาหวาน



ภาพประกอบ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย



ภาพประกอบ ตัวแบบที่ได้รับการคัดเลือกจากสมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์



ภาพประกอบ ตัวแบบจากกลุ่มร่วมถ่ายทอดประสบการณ์

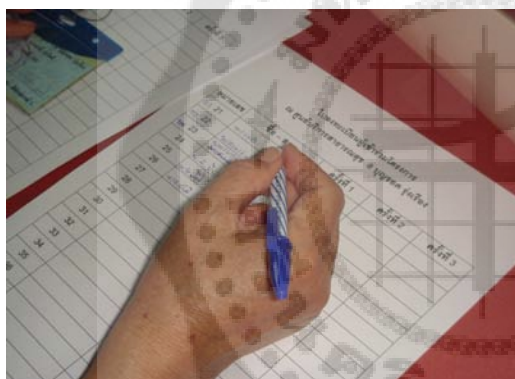


ภาพประกอบ วิทยากรพิเศษสาริตการหัวเราะบำบัด



ภาพประกอบ วิทยากรพิเศษสาริตและฝึกอารมณ์โดยการหัวเราะบำบัด

กิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 3



ภาพประกอบ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม



ภาพประกอบ การเตรียมวัตถุดิบในการทำข้าวยาปักษ์ใต้



ภาพประกอบ ตัวแบบสมาชิกกลุ่มสาธิตการทำชาวยาปักชี่ไต้



ภาพประกอบ ตัวแบบและสมาชิกกลุ่มร่วมกันประกอบชาวยาปักชี่ไต้



ภาพประกอบ ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปกิจกรรม

กิจกรรมโครงการ ครั้งที่ 4



ภาพประกอบ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวพชรรัตน์ ธรรมรักษา
วัน เดือน ปีเกิด	4 กรกฎาคม 2527
สถานที่เกิด	สมุทรปราการ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	11/2 หมู่ 8 ตำบลบางพลีใหญ่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการศึกษา
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กองกิจการนิสิต สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2542	มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนราชวินิตบางแก้ว
พ.ศ. 2545	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนราชวินิตบางแก้ว
พ.ศ. 2549	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2554	ปริญญาโท วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ