

พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปริญญานิพนธ์
ของ
สุภาญดา หนูรักษ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

ตุลาคม 2546

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

616.432

สว3911

3.3

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทคัดย่อ

ของ

สุภาญดา หนูรักษ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

ตุลาคม 2546

ร 23911

11 6.13 2546

สุภาณดา หนูรักษ์. (2546), พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ . ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌิมานุกร ,
รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พร้อมทั้งได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค และได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 390 คน เป็นเพศชาย 147 คน เพศหญิง 243 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การทดสอบค่าสถิติเอฟ ทดสอบรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มี เพศ อายุ รายได้และระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .375$, $r = .385$ $r = .354$ และ $r = .332$ ตามลำดับ)

5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.203$)

PREVENTIVE BEHAVIOR OF THE NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS
PATIENTS COMPLICATION AT DIABETES MELLITUS CLINIC
KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
SUKANDA NURAK

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 2003

Sukanda Nurak. (2003). *Preventive Behavior of the Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus Patients Complication at Diabetes Mellitus Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital*. Master Thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Napaporn Madhyamankura, Assoc. Prof. Viriya Sukwongs.

The purpose of the study were to investigate preventive behavior of the non - insulin dependent diabetes mellitus patients complication at the diabetes mellitus clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital, according to variables sex, age, level of education and period of disease and study correlation between health belief model, internal-health locus of control and preventive behavior

The sample were 390 non-insulin dependent diabetes mellitus patients, 147 male and 243 female patients from systematic random sampling, who attended periodically at least a year at the diabetes mellitus clinic. The data were obtained by questionnaires about health beliefs, internal-health locus of control and the preventive of complication and were analysed by using percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, multiple comparison by Newman- Keuls method and Pearson Product moment correlation.

The results of this study were as follow :

1. The diabetes mellitus patients had preventive behavior of complication, health beliefs and internal- health locus of control at good level.
2. There was significant difference in preventive behavior of complication of those with different sex, age, level of education and incomes at .05 level.
3. There was no significant difference in preventive behavior of complication of those having different period of disease.
4. Preventive behavior of complication was positively relative to perceived susceptibility ($r = .375$), perceived severity ($r = .385$) , perceived benefits ($r=.354$) and Internal - health locus of control ($r= .332$) at .05 level.

5. There was negative relationship between perceived barrier and preventive behavior of complication at the .05 level. ($r = -.203$)

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

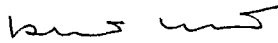
ของ

นางสาวสุภาณดา หนูรักษ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

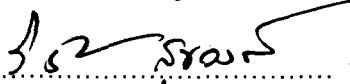
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)

วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2546

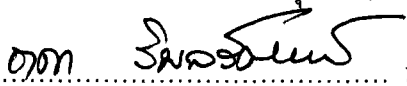
คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

 ประธาน

(รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมามกุล)

 กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

 กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)

 กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัชฌิมามงกุล ประธานที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ กรรมการที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ที่ได้สละเวลาอย่างมากในการให้ความรู้ คำแนะนำอันมีค่ายิ่ง พร้อมทั้งตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำปริญญานิพนธ์ ตลอดจนตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน ที่ได้ให้คำแนะนำในการแก้ไขปริญญานิพนธ์และกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอนผู้วิจัย จนมีความรู้ ความสามารถในการสาขาวิชาสุขศึกษา และนำมาใช้ในการทำปริญญานิพนธ์นี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

ขอขอบคุณ คุณสุภัทรา พิทักษ์รัตนชัย หัวหน้าหอผู้ป่วย ภาปร ชั้น 3 ตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือประสานงานในการเก็บข้อมูลได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาวิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชา พระคุณของคุณพ่อ คุณแม่ที่ให้ความรักความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยเสมอมา และขอ น้อมรำลึกถึงพระคุณครู อาจารย์ ที่วางรากฐานการศึกษาให้ผู้วิจัยมีความรู้ ความสามารถจน トラบทุกวันนี้

สุภาณูดา หนูรักษ์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	6
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ	6
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	9
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	11
	ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	11
	พฤติกรรมการป้องกันโรค.....	24
	แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ.....	25
	แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ.....	45
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	48
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	48
	งานวิจัยในประเทศ.....	48
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	65
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง	65
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	67
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	70

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	95
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า.....	95
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	98
อภิปรายผล.....	100
ข้อเสนอแนะ.....	113
บรรณานุกรม.....	115
ภาคผนวก.....	128
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	153

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาของการเป็นโรค.....	79
2	ตาราง 2 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 390 คน จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านและโดยรวม และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ.....	81
3	จำนวน ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและระดับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียดด้านการมาตรวจตามนัด.....	83
4	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรม การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค.....	87
5	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามเพศ.....	89
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค.....	90
7	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนรายคู่ของพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ที่คลินิกเบาหวาน จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา และรายได้.....	92
8	คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน.....	94

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยเบคเกอร์.....	31
3	รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่อภายนอกตน.....	45

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การตลาด การคมนาคม มีการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ดังกล่าวทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งพฤติกรรมต่างๆ ทางด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารจานด่วน ซึ่งอาหารเหล่านี้ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ขณะที่มีการออกกำลังกายที่ลดลงประกอบกับสภาพสังคมที่เร่งรีบมีผลทำให้เกิดภาวะเครียด สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันลักษณะของโรคที่เป็นปัญหาของประเทศ ได้เปลี่ยนจากโรคที่เกิดจากความยากจนในอดีต เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร ภาวะขาดอาหารมาเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเอดส์โรคเหล่านี้หากปล่อยให้เจ็บป่วยก็จะใช้เวลารักษาที่นานและมีการลงทุนทั้งทางด้านบุคลากรและเครื่องมือสูงแต่มีผลต่อผู้ป่วยน้อยบางรายรักษาไม่ได้ (ยาวลักษณ์ อนุรักษ์และคณะ. 2543 : 5 ; ภาณี ชนาธิปภรณ์และคนอื่นๆ. 2545 : 18) หรือบางโรคเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกเนื่องจากมีผู้ป่วยและตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าใน ค.ศ.1995 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 135 ล้านคน (American Diabetes Association. 1997 : 1792) ปีค.ศ.2001 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 150 ล้านคนและถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจำนวนผู้ป่วยอาจสูงขึ้นถึง 300 ล้านคนใน ค.ศ. 2025 เป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ170 ในประเทศที่กำลังพัฒนาและร้อยละ 42 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ปัจจุบันนี้โรคเบาหวานยังได้รับการวินิจฉัยกันเพียงประมาณร้อยละ 50 ของคนที่เป็นอยู่อีกจำนวนหนึ่งประมาณร้อยละ 20 มาพบแพทย์เพราะเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ. 2544 : 31) สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยในที่เป็นโรคเบาหวานในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ มีอัตราป่วยในปีพ.ศ. 2542 2543 และ 2544 เท่ากับ 218.88 267.69 และ 277.70 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยเบาหวานของผู้ป่วยนอกแยกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (21 กลุ่มโรค) เป็น 76.00 81.60 87.68 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543 : 29 ; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2546 : Online)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลที่มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีใหม่ๆ ทางแพทย์ที่สำคัญโรงพยาบาลหนึ่งในประเทศไทย ทำให้มีผู้ป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก สำหรับการเปิดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก บริการวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. มีผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกเบาหวานเฉลี่ยวันละ 70-80 คน จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2543, 2544 และ 2545 มีจำนวน 16,376, 16,133 และ 16,217 ราย จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก และมีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2543, 2544 และ 2545 มีจำนวน 2,490 2,682 และ 3,056 รายตามลำดับ และวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาเท่ากับ 10.56, 9.84 9.93 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2543, 2544 และ 2545 คิดเป็นร้อยละ 6.91, 7.27, 6.71 ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2545 : ฐานข้อมูลฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) และถึงแม้ว่าที่คลินิกเบาหวานได้จัดให้มีการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลแก่ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงแล้วก็ตาม แต่ผลการติดตามประเมินเมื่อมาตรวจตามนัดพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 – 60 ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้และจากการศึกษาทะเบียนประวัติผู้ป่วยเบาหวาน 50 ราย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 32.00 มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 180 mg/dl ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงๆ ต่ำๆ ระหว่าง 180-300 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 54.00 และผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 300 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 14.00 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 16.00 ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือตาพร่ามัวร้อยละ 40.00 โรคหัวใจหรือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 34.00 โรคเกี่ยวกับไตร้อยละ 18.00 มือและเท้าร้อยละ 38.00 โรคผิวหนังร้อยละ 24.00 แผลเรื้อรังต้องตัดขาร้อยละ 2.00

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญโรคหนึ่งของหลายประเทศ จากการสำรวจของสหรัฐอเมริกา ปีค.ศ.1995 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 180,000 คน (จารุพันธ์ สมณะ. 2541 : 2 ; อ้างอิงจาก Satcher. 1998. Online) สำหรับประเทศไทยพบว่ามียอดตายด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2542, 2543 และ 2544 เท่ากับ 12.10, 13.10 และ 14.50 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. 2546 : Online) แสดงให้เห็นว่าอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยสาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาของวรรณิ นิธิยานันท์ (2539 : 7) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดของโรคเบาหวานคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 38.40 เบาหวานที่จอตาร้อยละ 32.10 ไช้ขาวในปัสสาวะร้อยละ 18.20 ซิพจรหลังเท้าร้อยละ

5.80 อัมพาตร้อยละ 3.70 ถูกตัดขาร้อยละ 1.30 ตามลำดับ นอกจากนี้อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวานยังมีโอกาสทำให้เกิดโรคไต โรคหัวใจได้สูงกว่าคนปกติ 2 เท่า และมีอัตราเสี่ยงต่อการถูกตัดขาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 25 เท่า (สุนิตย์ จันทรประเสริฐ. 2539 : 488-490) ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดได้ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและชนิดไม่พึ่งอินซูลินและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังดังนั้นการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นสิ่งที่สำคัญมากเพราะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นช่วยลดอัตราความพิการและการสูญเสียชีวิต จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังชนิดหลอดเลือดใหญ่ (Macrovascular) คือโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและสูญเสียชีวิตเพราะผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดส่วนปลาย (Felig and Bergman. 1995 : 1107-1250 ; พงศ์อมร บุนนาค. 2542 : 17-19) ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังชนิดหลอดเลือดเล็ก (Microvascular) ไม่มีความแตกต่างกันทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (พงศ์อมร บุนนาค. 2542 : 19-23) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นภาวะที่อันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ เกิดความทุกข์ทรมานก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ ผลจากภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากตลอดระยะเวลาของการรักษาโรคเบาหวาน จากการศึกษาของอรุณี รัตนพิทักษ์ (2535 : 38-42) ได้สำรวจค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยคนละ 5,582.86 บาทต่อปีและจากการศึกษาของ ภาณุพันธ์ พุฒสุข (2542 : 124) ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 6,017.50 บาทต่อปีและเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 127 เท่าทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม ดังนั้นถ้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงในการควบคุมเบาหวานให้ได้ดี เป็นการชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังต่างๆ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขนั้นผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพทั่วไปรวมถึงการดูแลสุขภาพเฉพาะที่เป็นพิเศษ เช่น การดูแลเท้า โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม (รัชตะ รัชตะนาวันและคณะ. 2530 : 185) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพในเรื่องต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

จากการศึกษาของ จัสมินและไทรสตัด (Jusmin and Trygstad. 1978 : 8) พบว่าความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมนุษย์จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้นไม่ว่าความเชื่อนั้นจะถูกต้องหรือไม่ก็ตาม ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งการปฏิบัติตัวเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ คือการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคซึ่งหมายถึงการรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ได้แก่ การรับรู้ว่าโรคนั้นเป็นอันตรายต่อชีวิต การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาซึ่งได้แก่ผลดีของการรักษาและสิ่งที่เป็นปัญหาของการรักษา และการศึกษาของ อรชร ศรีไทรล้น (2541 : 116) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาราวรัตน์ ดวงแข (2541 : 70) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพจึงอาจมีความเกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยนอกจากนี้เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดแล้วความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อทั้งๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นอาจจะไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม (Rokeach. 1970 : 214) ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปทั้งนี้เนื่องจากความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของแต่ละบุคคลมีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกัน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย วอลสตันและวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1978 : 112) ค้นพบว่าสามารถใช้ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองทางสุขภาพมาทำนาย และค้นพบข้อมูลที่เป็นจริงได้ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะเป็นผู้สนใจต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ จากการศึกษามุมพู่ วิสุทธิเมธีกร (2540 : 109) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี แก้วชนะ (2541 : 90) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน จะเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพนั้นอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเช่นกัน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายมาก ถ้าขาดความตระหนักและรับรู้ของตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้น ส่ง

ผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงรวมทั้งเป็นภาระแก่บุคคลอื่นและสังคม

ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข ตระหนักดีว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างถูกวิธีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตเป็นปกติสุขเช่นคนทั่วไปในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยนำแนวคิดเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำปรึกษาและหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยเบาหวานจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ดังคำขวัญขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “แม้เป็นโรคเบาหวานชีวิตก็เป็นสุขได้”

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพได้ปรับปรุงการให้สุขศึกษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในการวางแผนและกำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการปรับปรุงการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 16,217 คน (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2545 : 38)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 390 คน โดยได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรยามาเน่ (Yamane. 1967 : 583) และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยจิตลักษณะ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค

2. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วยความเชื่อด้านต่างๆ ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน
- การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อน
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. ปัจจัยจิตลักษณะ

- ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลสุขภาพทั่วไป การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด การมาตรวจตามนัด ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ และทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจในเรื่องของการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยแบ่งออกได้ดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่างๆ จากโรคเบาหวาน

2.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ที่มีผลกระทบต่อยาวะต่างๆ ในร่างกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้รับว่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน อันตรายและความรุนแรงของโรคได้

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความจริงที่มีผลในการขัดขวางการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

3. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยอาจมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ ว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

4. ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ หมดสติ เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การอุดตันของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง ตาบอด เจ็บหน้าอกข้างซ้ายเนื่องจากหัวใจขาดเลือด ขาปลายมือปลายเท้าเนื่องจากเส้นประสาทเสื่อม เป็นแผลเรื้อรังที่เท้า และเกิดการติดเชื้อที่ระบบต่างๆ ของร่างกาย

5. เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

5.1 เพศชาย

5.2 เพศหญิง

6. อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มปีบริบูรณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น

6.1 น้อยกว่า 40 ปี

6.2 40 - 60 ปี

6.3 มากกว่า 60 ปี

7. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกเป็น 4 ระดับ

7.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

7.2 ประถมศึกษา

7.3 มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

7.4 อุดมศึกษา

8. รายได้ หมายถึง รายได้สุทธิต่อเดือนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือคู่สมรสรวมกัน แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 382)

8.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

8.2 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน

8.3 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน

8.4 13,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป

9. ระยะเวลาของการเป็นโรค หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นปี ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการตรวจและวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคเบาหวานจนถึงเวลาที่ทำการวิจัย แบ่งออกเป็น

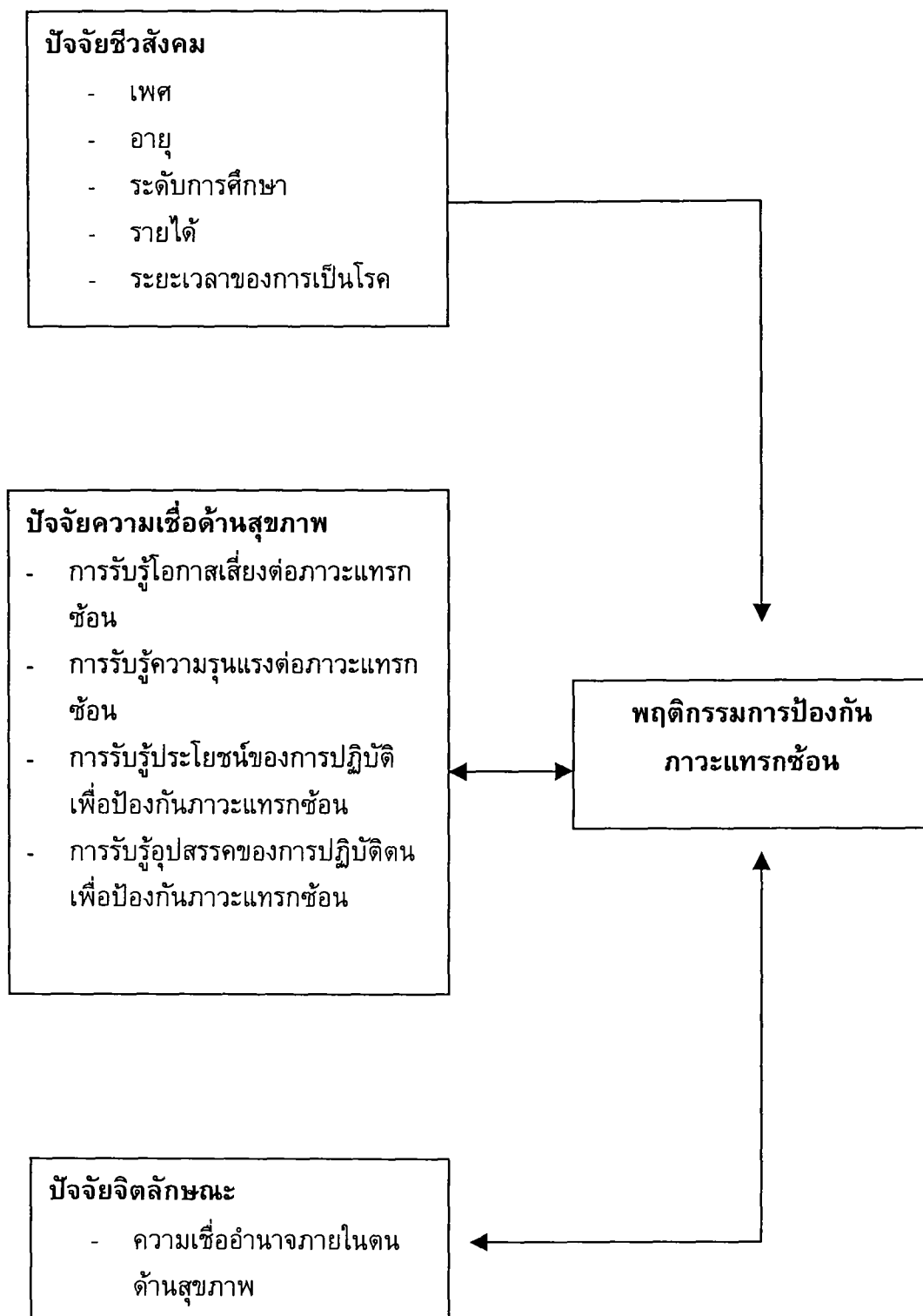
9.1 น้อยกว่า 5 ปี

9.2 5 - 10 ปี

9.3 มากกว่า 10 ปี

10. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมาได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มาแล้วเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 : กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
7. การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
8. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
9. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
10. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทยเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.4 ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
 - 1.4.1 ความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
 - 1.4.2 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
 - 1.5 คิดแนวเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และความไม่สมดุลในเรื่องการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีนและการไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ หรือการลดลงของปฏิกิริยาการทำงานหรือลดการหลั่งของอินซูลินลง (WHO. 1994 : 84)

ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน สามารถจำแนกตามสาเหตุและพยาธิสรีระวิทยาในการเกิดโรคของสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. 2541 : 1 – 3 ; บุญทิพย์ สิริธรรังศรี. 2539 : 11 - 13)

1. ประเภทพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus : IDDM) หรือเบาหวานประเภทที่ 1 เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อนทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ

กับความต้องการของร่างกายพบในผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกันผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องฉีดอินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic ketoacidosis) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาจเนื่องมาจากความผิดปกติ คือ ความผิดปกติของภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกาย (Autoimmune disorder) กล่าวคือมีความแปรปรวนของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีมาต่อต้านเซลล์ตับอ่อน ซึ่งสร้างอินซูลินด้วยตนเองปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการสร้างแอนติบอดีนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดแต่อาจเกิดจากเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น ไวรัสคางทูม (Mump) ผลที่เกิดขึ้นทำให้มีการอักเสบของเซลล์ของตับอ่อนและสุดท้ายมีการทำลายเซลล์เหล่านี้ไปจนหมดทำให้ร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง

2. ประเภทไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM) หรือเบาหวานประเภทที่ 2 เกิดจากการที่ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีการหลั่งอินซูลินลดลงไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี สาเหตุเกิดจากพันธุกรรมของเบาหวานร่วมกับปัจจัยอื่นที่พบบ่อย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด เป็นต้น อาการของโรคมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการอะไรเลยจนถึงขั้นรุนแรง

3. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus : GDM) ในระยะตั้งครรภ์อาจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติหรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหญิงตั้งครรภ์หลายครั้ง ซึ่งอาจเป็นเบาหวานได้ง่าย เพราะการตั้งครรภ์มีการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโตของทารก ฮอร์โมนเหล่านี้มักมีฤทธิ์ต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน มีผลทำให้เบต้าเซลล์ทำงานมากเพื่อผลิตอินซูลินให้เพียงพอต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ถ้ามีการตั้งครรภ์บ่อยครั้งอาจทำให้เบต้าเซลล์ทำงานได้ไม่เต็มที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

4. โรคเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้แก่

4.1 ความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ของตับอ่อน

4.2 ความผิดปกติทางพันธุกรรมของฤทธิ์อินซูลิน

4.3 โรคของตับอ่อน

4.4 ความผิดปกติของฮอร์โมน ยาหรือสารเคมีที่ไปทำลายเบต้าเซลล์ ของตับอ่อน

เช่น คอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ

4.5 โรคทางต่อมไร้ท่อ

4.6 โรคติดเชื้อ

อย่างไรก็ตามการแบ่งกลุ่มของโรคเบาหวานโดยทั่วไปที่มีความสำคัญและพบบ่อย คือ โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและโรคเบาหวานประเภทไม่พึ่งอินซูลิน

สาเหตุโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ (บุญทิพย์ สิริรังสี. 2539 : 44) ดังนี้

1. สาเหตุจากกรรมพันธุ์กรรม เป็นสาเหตุให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดพึ่งอินซูลิน (IDDM) และชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1.1 พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเมตโลहितขาว (Human leukocyte antigen : HLA) ผู้ที่มีระบบแอนติเจนของเมตโลहितขาวดังกล่าวมีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อนภายหลังการติดเชื้อไวรัสบางตัว ทำให้เบต้าเซลล์ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพลงจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

1.2 พันธุกรรมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไม่มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเมตโลहितขาวแต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วนและอายุที่เพิ่มขึ้น

2. สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่พันธุกรรม ได้แก่

2.1 โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง ผู้ที่มีปริมาณของไขมันอยู่ในร่างกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งตามหลักสากลกำหนดไว้ว่าผู้ชายไม่ควรที่จะมีปริมาณของไขมันอยู่ในตัวเกินกว่าร้อยละ 12 - 15 ของน้ำหนักตัว สำหรับผู้หญิงไม่เกินร้อยละ 18 - 20 ของน้ำหนักตัวหรือโดยทั่วไปถ้าใครมีน้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐานร้อยละ 20 ก็ถือว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนปกติร้อยละ 80 (สมณฑา เสรีรัตน์. 2539 : 15) โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน กล่าวคือคนอ้วนมักมีระดับอินซูลินในเลือดสูงแต่จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้อินซูลินที่ปล่อยออกฤทธิ์ไม่ได้เซลล์ต้องทำงานมากเพื่อผลิตอินซูลินให้มากขึ้นจนตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพ และในที่สุดไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอจึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน หากคนอ้วนน้ำหนักลดลงจำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์จะเพิ่มขึ้นทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีดังปกติ

2.2 ความเครียด ทำให้ฮอร์โมนแคทีโคลามีนถูกหลั่งมากกลูโคสจึงสูง

2.3 เชื้อไวรัส ได้แก่ เชื้อรูเบลลา (Rubella) และเชื้อไวรัสคอกซากี-บี (Coxsackie B virus) อาจจะทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและทำลายเบต้าเซลล์จนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้

2.4 ความผิดปกติในการผลิตโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) สูงทำให้มีการสลายกลัยโคเจน(Glycogen)เป็นกลูโคส(Glucose)เพิ่มขึ้นคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) สูงทำให้ร่างกายเร่งปฏิกิริยาการสร้างกลูโคสจากสารโปรตีนแคทีโคลามีนสูง ทำให้มีการสร้างกลัยโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้นเป็นต้น

2.5 การขาดเบต้าเซลล์หรือเบต้าเซลล์น้อยลงโดยมีสาเหตุมาจากการขาดโปรตีนอย่างรุนแรง ทำให้ตับอ่อนอักเสบเป็นผลให้เบต้าเซลล์ถูกทำลายการตัดตับอ่อนออก การดื่มสุรา ทำให้ขาดสารอาหาร โปรตีน และแคลอรี เป็นต้น

2.6 โรคตับ ทำให้ตับไม่สามารถเก็บกลูโคสไว้ในรูปของไกลโคเจนได้ระดับกลูโคสในเลือดสูง

2.7 ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ เพรดนิซอลอน ยาเหล่านี้จะไปต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินเมื่อฉีดใช้ยาดังกล่าวอินซูลินก็จะออกฤทธิ์ได้ดังเดิม

2.8 การขาดการออกกำลังกายทำให้จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ลดน้อยลง

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานที่มีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายโดยทั่วไป อาการและอาการแสดงของโรคเกิดขึ้นเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติตนเอง อาการแสดงที่สำคัญมีอยู่ 4 อย่าง คือ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2545 : 32)

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไต (ปกติประมาณ 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมติก (Osmotic) ของปัสสาวะสูงขึ้นท่อไต (Renal tubule) จึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง

2. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมากจึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรงทำให้มีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก

3. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มานำไปใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำน้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว

4. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้ จึงทำให้มีภาวะการขาดอาหาร (Starvation) เกิดขึ้นเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ

นอกจากอาการแสดงที่สำคัญดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยอาจจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดงอื่นอีกมาก ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ควรตั้งข้อสงสัยไว้ว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคเบาหวาน ควรจะมีการตรวจดูระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะด้วย ซึ่งอาการเหล่านี้ได้แก่ (จิตร จิรวัฒน์สถิต และมณี แก้วปลั่ง. 2543 : 13-14)

1. สังเกตว่าปัสสาวะมีมดขึ้น
2. มีผื่นคันหรือเชื้อราขึ้นตามผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์
3. เป็นแผลเรื้อรังตามแขนขาหรือเป็นฝีบ่อยๆ โดยเฉพาะถ้าเป็นฝีกลางหลังต้องสงสัยโรคเบาหวานไว้ให้มากเนื่องจากคนทั่วไปมักไม่มีปัญหานี้ ผู้ป่วยเบาหวานมักเป็นแผลง่ายแต่รักษาหายยาก
4. สายตามัวลงเรื่อยๆ ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อยๆ

5. มีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยมากจะเป็นที่เท้าก่อน บางรายหมดความรู้สึกทางเพศและบางรายอาจมีหนังตาตกหรือมีอาการอัมพาตของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง

6. มีอาการของหลอดเลือดตีบในอวัยวะส่วนต่างๆ เช่น ที่เท้า ทำให้มีแผลเนื้อตายเน่าดำ ที่หัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือที่สมองทำให้มีอาการอัมพาต

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

อาการและอันตรายส่วนใหญ่ของโรคเบาหวานเกิดจากโรคแทรกซ้อน ซึ่งแบ่งได้ดังนี้ (สุมนหา เสรีรัตน์. 2539 : 151)

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง ได้แก่

1.1 การติดเชื้อ (Infections) ผู้ป่วยเบาหวานมีโรคติดเชื้อเกิดขึ้นง่ายแม้ว่าจะเป็นเพียงโรคติดเชื้อที่ติดอยู่ตามผิวหนังของตนเองก็ตาม ทั้งนี้เพราะระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่อย่างปกติ การติดเชื้อทางผิวหนังในผู้ที่เป็นเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันทีมิฉะนั้นจะลุกลามรวดเร็วจนกลายเป็นฝีได้ เช่น ฝีฝีกั้ว มักพบบริเวณต้นคอ รักแร้และบริเวณก้น (สุมนหา เสรีรัตน์. 2539 : 15) การอักเสบที่เท้าอาจเป็นที่นิ้วเท้าสันเท้าหรือที่ฝ่าเท้าหลอดเลือดอาจถูกทำลายหรือถูกบีบรัดจากอาการที่บวมของเนื้อเยื่อบริเวณที่อักเสบทำให้ส่วนนั้นขาดเลือดทำให้เกิดเป็นแผลเน่าเนื้อตาย ระบบอื่นที่มักมีการติดเชื้อ ได้แก่ ระบบขับถ่ายปัสสาวะพบได้บ่อย 2 - 3 เท่าของคนปกติ การติดเชื้อระบบหายใจเป็นต้น (สุนทร ดันหนันท์. 2532 : 27)

1.2 ภาวะที่น้ำตาลในเลือดสูงซึ่งจะทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงหมดสติได้ เกิดขึ้นได้จากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ มีภาวะเป็นกรดที่เรียกว่า คีโตแอซิโดซิส (Ketoacidosis) เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายใช้น้ำตาลไม่ได้จึงมาใช้ไขมันแทน ทำให้เกิดการที่มีภาวะเป็นกรดและคั่งค้างมากในร่างกายทำให้ผู้ป่วยหมดสติ หรือเกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีภาวะกรด (Hyperglycemic hyperosmolar non-ketotic coma) มักเกิดในผู้สูงอายุในเลือดที่มีน้ำตาลกลูโคสมากและมีความเข้มข้นสูง ผู้ป่วยอาจมีอัมพาตครึ่งซีกหรือชักกระตุกได้และมีภาวะเป็นกรดชนิดแลคติกแอซิโดซิส (Lactic acidotic coma) มักเกิดร่วมกับอาการช็อค พบบ่อยในรายที่มีโรคตับหรือไตพิการร่วมด้วยให้การขับกรดแลคติกออกจากเลือดได้ไม่ดีเท่าคนปกติ

1.3 การหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemic coma) เกิดจากการฉีดอินซูลินมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายมากเกินไปทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลมากขึ้นส่งผลให้น้ำตาลลดลงอย่างรวดเร็ว หรือได้รับยาขนาดปกติแต่รับประทานอาหารน้อยหรือช้าเกินไปทำให้เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้

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

2.1 โรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยเบาหวานพบได้ประมาณ 2 เท่าของคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานจะพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเวลาต่อมาผู้ป่วยที่มีทั้งภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานด้วยจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่สูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเล็กๆ ผู้ป่วยเบาหวานมีอินซูลินมากในร่างกายโดยกลไกเกิดขึ้นที่ท่อไตทำให้มีการคั่งของเกลือโซเดียมเพิ่มปริมาณของเลือดขึ้น และอินซูลินยังกระตุ้นฮอร์โมนแอดรีนาลีนด้วยและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเองทำให้เพิ่มปริมาตรของเลือดเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดใหญ่ทำให้มีอาการของโรคหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายถ้าเป็นที่หลอดเลือดสมองก็ทำให้เกิดอัมพาตหรือหมดสติได้ ถ้าหากไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะรุนแรงขึ้น

2.3 โรคไต เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเล็กของไตโดยมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหน่วยกรองปัสสาวะของไตเมื่อเกิดไตวายในระยะสุดท้าย จะมีของเสียคั่งมากทำให้หมดสติได้ โดยมากผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลินจะเกิดโรคไตเมื่อเป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปีแต่อาจจะเกิดขึ้นได้ในเวลาอันสั้นหากการควบคุมเบาหวานไม่ดี

2.4 โรคของจอตา (เรตินา) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอตาทำให้เกิดตาบอดประมาณ 20 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน พยาธิสภาพเกิดขึ้นที่จอตา มีเลือดออกขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้จอตามองไม่เห็นอาจจะตาบอดเฉียบพลันได้หากมีเลือดออกในลูกตา ถ้าการควบคุมเบาหวานไม่ดีหรือเป็นเบาหวานมานานและมีความดันโลหิตสูงด้วยจะมีโอกาสเป็นโรคของจอตาได้เร็วขึ้นหรือมากขึ้น

2.5 โรคของประสาทส่วนปลาย เนื่องจากการมีน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เซลล์ประสาทเสื่อมลงทำให้การนำความรู้สึกลดลงมักเกิดเมื่อเป็นโรคเบาหวานมานานเริ่มต้นอาจรู้สึกคล้ายเป็นเหน็บชาปลายเท้าทั้ง 2 ข้างปวดแสบปวดร้อน นอกจากนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดเล็กๆ ที่ไปเลี้ยงประสาททำให้เกิดการขาดออกซิเจน

การรักษา

การรักษาเบาหวานมีจุดประสงค์ คือ

1. ให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เกิดจากน้ำตาลในเลือดสูง เช่น อ่อนเพลีย ปัสสาวะมาก และกระหายน้ำบ่อย
2. ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่อาจป้องกันได้ เช่น แผลที่เท้า ตาบอด และไตวาย เป็นต้น
3. ไม่ให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาเช่น แพ้ยา หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำผิดปกติ
4. ให้มีชีวิตที่ปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ วัตถุประสงค์ของการรักษาคือการลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลดีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ตามหลักการรักษาดังต่อไปนี้ คือ (ประภัทร์ โสทธิโสภา. 2542 : 28)

1. การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน วัตถุประสงค์ของการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน (วลัย อินทรมพรรย์. ใน วรณิ นิธิยานันท์ บรรณาธิการ. 2539 : 8 ; ADA. 1997 : 14) ได้แก่

- 1.1 เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุด
- 1.2 เพื่อให้ได้รับพลังงานเหมาะสมที่จะควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็นได้
- 1.3 เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน
- 1.4 เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกายช่วยให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสามารถดำรงชีวิตและทำงานต่างๆ ได้เช่นเดียวกับคนปกติ

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยควรได้รับประมาณร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้ต่อวันและควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น อาหารจากพวงอุทุมพูพืชและแป้งเป็นหลักประมาณร้อยละ 30 - 40 ส่วนผลไม้ประมาณร้อยละ 5 - 15 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าวันละ 100 กรัม เนื่องจากจะทำให้ไขมันเผาไหม้ไม่สมบูรณ์เกิดสารพหุคีโตนซึ่งมีปฏิกิริยาเป็นกรดทำให้ร่างกายมีความเป็นกรดมากเกินไป มีการเผาผลาญสารโปรตีนแทนทำให้ร่างกายเสียโปรตีนไปมากกว่าที่ควร นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรตธรรมดา คือ น้ำตาลประเภทต่างๆ มากที่สุดเนื่องจากน้ำตาลจะเป็นตัวกระตุ้นให้รับประทานอาหารมากขึ้นและเป็นสาเหตุของความอ้วน (Nuttall. 1983 : 201) กรณีที่ผู้ป่วยต้องการรับประทานน้ำตาลทรายในปัจจุบันมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าปริมาณที่รับประทานอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 5 ของ

ปริมาณแคลอรีที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น พลังงานที่ใช้ 1 วัน 1,000 แคลอรีจะเป็นปริมาณน้ำตาลที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ประมาณ 13 กรัมหรือประมาณ 2 - 3 ช้อนชาหรือผู้ป่วยอาจเลือกใช้วิธีรับประทานน้ำตาลเทียมแทนซึ่งน้ำตาลเทียมที่มีอยู่ในปัจจุบันมี 3 ประเภท ได้แก่

1. แอสปาแทม ชื่อการค้าว่า อีควอล (Equal) หรือไดเอต จำหน่ายเป็นเม็ดและเป็นซอง แอสปาแทมเป็นกรดอะมิโนมีสารอาหารต่ำใน 1 เม็ดมี 2 กิโลแคลอรี ใน 1 ซองมี 4 กิโลแคลอรี จึงรับประทานได้แต่ไม่มากเกินไปเป็นส่วนผสมในน้ำตาลบางชนิดมีคำเตือนข้างกล่องน้ำตาลเทียมและกระป๋องน้ำตาลว่า ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria) โรคนี้พบน้อยในเมืองไทยและถ้าเป็นโรคนี้จะได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่วัยเด็ก(วิทยา ศรีตามา และพันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์. 2541 : 378 ; อ้างอิงจาก Filer & Stegink. 1989)

2. แซคคารีนหรือซันทสกรณ ชื่อการค้าว่า สวีทแอนด์โลว์ (Sweet and Low) ไม่มีสารอาหาร มีการศึกษาว่าเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในหนูแต่ต้องใช้ปริมาณสูงมากในคน ยังไม่มีหลักฐานว่าทำให้เกิดมะเร็ง องค์การอาหารและยาและสมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐจึงอนุญาตให้ใช้ได้

3. น้ำตาลฟรุคโตสหรือซอร์บิทอล เป็นน้ำตาลที่ผสมอยู่ในช็อกโกแลตเบาหวาน แยมเบาหวาน เป็นต้น หรือจำหน่ายเป็นผงในกระป๋อง น้ำตาลชนิดนี้เป็นน้ำตาลจากผลไม้ไม่มีสารอาหารเท่ากับน้ำตาลไม่ควรรับประทานน้ำตาลเทียมชนิดนี้ เพราะอาจเข้าใจผิดว่ามีสารอาหารและส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานผลไม้แล้ว

อาหารประเภทโปรตีน ผู้ป่วยควรได้รับประทานร้อยละ 15 ของพลังงานทั้งหมด เพราะกรดอะมิโน จะช่วยในการหลั่งของอินซูลินเพิ่มขึ้นเมื่อรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตพร้อมกับโปรตีนจะให้น้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น ในผู้ใหญ่ควรได้รับร้อยละ 0.8 - 1.0 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวันและควรเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ควรเป็นส่วนที่ไม่ติดมัน จากการศึกษาพบว่าการรับประทานโปรตีนโดยไม่จำกัดในขณะที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีผลทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้นโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจะเร็วขึ้น (Rosett. 1988 : 143)

อาหารประเภทไขมัน ผู้ป่วยควรได้รับประทานร้อยละ 10 - 20 ของพลังงานทั้งหมดและควรเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวน้อยกว่าร้อยละ 10 เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหลือเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เพราะไขมันไม่อิ่มตัวมีหน้าที่เป็นโครงสร้างของเยื่อเยื่อควบคุมการเผาผลาญของไลโปโปรตีนและเป็นตัวกำเนิดของสารไอโคซานอยด์ (Eicosanoid) เช่น พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) และควรเลือกรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวที่ได้จากพืชได้แก่ ข้าวโพด ดอกคำฝอย ดอกทานตะวัน ถั่วเหลือง ไม่ควรรับประทานน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์มหรือกะทิ ซึ่งมีกรดไขมันอิ่มตัวมากและควรหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ทุกชนิด การศึกษาในระยะหลังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับโคเลสเตอรอลและไตรกรีเซอไรด์สูงควรรับประทาน

น้ำมันปลา (Fish oil) เป็นประจำซึ่งน้ำมันปลาเป็นน้ำมันที่สกัดจากลำตัวและหัวของปลาทะเลในเขตหนาวอุดมไปด้วยไขมันพิเศษสองชนิดที่เรียกว่า กรดอีพีเอ (EPA) และดีเอชเอ (DHA) ซึ่งเป็นกรดไขมันในกลุ่มโอเมก้า-3 ซึ่งจะช่วยยับยั้งการสร้างไตรกลีเซอไรด์และขจัดโคเลสเตอรอลออกจากร่างกายได้ (Sorisky & Robbins. 1989 : 302 - 304)

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลาปริมาณอาหารในแต่ละวันให้เท่าๆ กันงดการรับประทานอาหารจุบจิบหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง นมข้นหวาน น้ำผลไม้ ซึ่งมีน้ำตาลประมาณร้อยละ 8 - 15 เป็นส่วนใหญ่ยกเว้นน้ำมะเขือเทศ มีน้ำตาลประมาณร้อยละ 5 ถ้าดื่มกาแฟควรดื่มกาแฟดำ ไม่ควรใส่น้ำตาล นมข้นหวานหรือครีม เทียมควรใส่นมจืดพร่องไขมัน (วิทยา ศรีดามา และพันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์. ใน วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ. 2540 : 378) และควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เนื่องจากแอลกอฮอล์มีส่วนทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินหรือยาซัลโฟนิลยูเรีย นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีแคลอรีมากคือ 1 กรัมให้พลังงาน 7 แคลอรีทำให้การควบคุมเบาหวาน ยากขึ้นถ้าจำเป็นต้องดื่มไม่ควรเกิน 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 มิลลิลิตร ถ้าเป็นไวน์ดื่มได้ ไม่เกิน 120 มิลลิลิตร เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตรต่อครั้ง (Thom. 1993 : 100)

2. การออกกำลังกาย

ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงใช้กำลังงานน้อยมาก โดยเฉพาะหากอาชีพนั้นเป็นงานประจำอยู่กับที่ด้วยแล้ว ถือว่าไม่ได้มีการออกแรงใช้กำลังงานอย่างเพียงพอซึ่งมีข้อเสียต่อสุขภาพ หากทำงานที่ต้องออกแรงต้องใช้กำลังมาก เช่น การทำไร่ ทำนา ทำสวน ขุดดิน ถางหญ้า ซึ่งการทำงานเหล่านี้ต้องใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายหลายๆ ส่วนต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ผู้ที่ทำงานเหล่านี้เป็นประจำถือว่ามี การออกกำลังกายด้วย ดังนั้นการออกแรงลักษณะดังกล่าวกับการออกกำลังกายจึงมีความหมายเหมือนกัน (วรรณิ นิธิยานันท์. 2539 : 23) การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอมีประโยชน์ต่อสุขภาพของ ผู้ปฏิบัติโดยทั่วไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยเบาหวานถือเป็นการรักษาโรคด้วย (สมณฑา เสรีรัตน์. 2539 : 62) การออกกำลังกายสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายทั่วไปช่วยลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลและระดับของไตรกลีเซอไรด์ ในขณะเดียวกัน HDL-cholesterol จะเพิ่มขึ้นทำให้มีความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ดีขึ้นมีการขนส่งออกซิเจนไปตามอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถป้องกันโรคเบาหวาน และยังมีผลทำให้โรคเบาหวานไม่พึงพาอินซูลินดีขึ้นได้ (วรรณิ นิธิยานันท์. 2539 : 23) ร่างกายใช้น้ำตาลได้เพิ่มขึ้นทำให้น้ำหนักลดลง ในคนที่น้ำหนักเกินปกติผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนเมื่อน้ำหนักลดลงอาจไม่จำเป็นต้องรับประทานยา เม็ดก็สามารถลดน้ำตาลในเลือดลงได้ การไหลเวียนของโลหิตและความดันโลหิตดีขึ้น อวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด หัวใจ แข็งแรงขึ้นความรู้สึกทั้งร่างกายและจิตใจสดชื่นขึ้น (สมณฑา เสรีรัตน์. 2539 : 62) การออกกำลังกายเน้นถึงผลที่ทำให้ร่างกายมีความอดทนมีความยืดหยุ่นและพละกำลังดีเป็นหลักสำคัญ

ความอดทน (Aerobic fitness) คือ ความสามารถที่จะออกกำลังกายหรือออกแรงได้ระยะยาวโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือหายใจไม่สะดวก

ความยืดหยุ่น (Muscular fitness) คือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสามารถทำงานได้นานและทำให้แบกหามของหนักได้

การออกกำลังกายที่จะสามารถเสริมสร้างความอดทนได้ดี เป็นการออกกำลังกายประเภทแอโรบิก (Aerobic exercise) หมายถึง การออกแรงโดยอาศัยพลังงานที่เผาผลาญโดยใช้ออกซิเจน (Oxidative phosphorylation) กล้ามเนื้อหลายกลุ่มมีการยืดหยุ่นและหดตัวสัมพันธ์กันเป็นระยะเวลานานพอสมควร การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่นิยมและสมควรส่งเสริม ได้แก่ เดิน วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ฝึกจักรยาน กระโดดเชือก เต้นรำ เป็นต้น (วรรณิ นิธิยานันท์. 2539 : 25)

หลักเกณฑ์การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่ดีจะต้องเหมาะสมกับผู้ออกกำลังกายมีความหนักเพียงพอ มีความสม่ำเสมอและมีความนานเพียงพอควรออกกำลังกายเวลาเช้าหรือเย็นเพื่อหลีกเลี่ยงอากาศที่ร้อนจัด

ความสม่ำเสมอ (Frequency) ในกรณีที่สามารถทำได้ควรออกกำลังกายทุกวัน ถ้าปฏิบัติไม่ได้ควรออกกำลังกายวันเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ความนาน (Duration) การออกกำลังกายควรทำอย่างน้อยครั้งละ 20 - 30 นาที เป็นอย่างน้อยแต่เมื่อเริ่มออกกำลังกายใหม่ๆ อาจเริ่มเพียงระยะเวลาสั้นๆ 5 - 10 นาทีแล้วเพิ่มขึ้นทุก 2 - 4 สัปดาห์เมื่อร่างกายมีความพร้อม ผู้สูงอายุและผู้มีโรคหัวใจจะต้องเริ่มน้อยๆ และเพิ่มขึ้นช้าๆ

ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) เป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างเสริมความอดทน (Aerobic fitness) ความหนักของการออกกำลังกาย คือการออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยเหงื่อออก หอบเล็กน้อย

ความเหมาะสม การจะเลือกการออกกำลังกายประเภทใดต้องดูให้เหมาะสมกับวัย ภาวะสุขภาพ อาชีพ ผู้ที่ไม่มีเวลาออกกำลังกายอาจดัดแปลงหรือเสริมงานประจำให้มีการออกกำลังกายได้ เช่น เดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ เดินไปทำงานหรือตลาดแทนการใช้รถ

3. การใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นหลักสำคัญหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต้องช่วยด้วย ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดมีกลไกการออกฤทธิ์ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) ได้แก่ ไกลเบนคลาไมด์ (Glibenclamide) คลอโพรพาไมด์ (Chlorpropamide) โทลบูทาไมด์ (Tolbutamide) ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นเบต้าเซลล์ให้หลั่งอินซูลินเพิ่มและช่วยให้เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินได้ดีขึ้น โดยเพิ่มหน่วยรับ

อินซูลิน (Insulin receptor) (Luckmann & Sorensen, 1993 : 1424) และจะพบระดับของยาในกระแสเลือดหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง จึงควรรับประทานก่อนอาหาร 30 นาทีเพราะถ้ารับประทานอาหารพร้อมหรือหลังอาหารการดูดซึมของยาจะลดลง (ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์, ในวรรณิ นิธิยานันท์ บรรณาธิการ, 2539 : 37) อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ มีผื่นตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ แต่อาการข้างเคียงเหล่านี้พบได้น้อยมาก (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, ใน สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ, 2534 : 261)

2. กลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanides) ได้แก่ เมตฟอร์มิน (Metformin) เฟนฟอร์มิน (Phenformin) และบูฟอร์มิน (Buformin) แต่ปัจจุบันแพร่หลายเพียงตัวเดียว คือ เมตฟอร์มิน ส่วน 2 ตัวหลังยกเลิกใช้แล้วเนื่องจากเกิดภาวะกรดแลคติกคั่งในเลือดในผู้ป่วยยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เล็ก กระตุ้นการใช้กลูโคสของเนื้อเยื่อส่วนปลายและขัดขวางการสร้างกลูโคสจากตับและเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้กลูโคสเข้าสู่เนื้อเยื่อได้มากขึ้น ยานี้อาจใช้ร่วมกับอินซูลินหรือยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้ ออกฤทธิ์ได้นานถึง 8-12 ชั่วโมง ยานี้อาจทำให้เกิดการคั่งของกรดแลคติกได้จึงไม่ควรใช้ในผู้ที่มีความผิดปกติที่ตับ ไต หรือปอดเรื้อรัง ช็อค มะเร็งเม็ดโลหิตขาว โรคพิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้ทำให้มีการขาดสารอาหารได้โดยเฉพาะวิตามินบี 12 เมื่อใช้นานๆ มีอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียได้ จึงควรรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร

3. กลุ่มอัลฟาไกลูโคซิเดสอินฮิบิเตอร์ (Alpha-glucosidase inhibitors) ได้แก่ อคาร์โบส (Acarbose) และวอกลิโบส (Voglibose) ยากลุ่มนี้ทำให้การดูดซึมน้ำตาลลดลงและชะลอผลข้างเคียงที่สำคัญและพบได้บ่อยคือ ท้องอืดแน่นท้อง ปวดท้อง ถ่ายเหลว ควรรับประทานพร้อมอาหาร

ยาในกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียตัวใหม่ที่มีใช้แล้วและจะมีใช้ในอนาคตอันใกล้ ได้แก่

1. ไกลควิดอน (Gliquidone) (Limmer, et al. 1992 อ้างใน ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2540 : 28) เป็นยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ที่มีใช้ในทวีปยุโรปมาเกือบ 10 ปี แต่เพิ่งมีจำหน่ายในประเทศไทยไม่นานมานี้ เป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้นโดยมีค่าครึ่งชีวิต (Half life) เพียง 3-4 ชั่วโมง ยาถูกทำลายที่ตับได้เป็นสารที่ไม่ออกฤทธิ์ ซึ่งร้อยละ 92-95 จะถูกขับออกทางน้ำดี ได้มีการศึกษาวิจัยยาตัวนี้ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในคนไทยพบว่า ได้ผลดีเช่นเดียวกับยาซัลโฟนิลยูเรียตัวอื่นและเป็นยาที่ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัยในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่อายุมาก ซึ่งอาจมีความผิดปกติของไตบางส่วน

2. ไกลปิไซด์ จีไอทีเอส (Glipizide GITS) เป็นการนำยาซัลโฟนิลยูเรียที่ออกฤทธิ์สั้นมาดัดแปลงให้มีการออกฤทธิ์อย่างช้าๆโดยใช้ GITS (Gastrointestinal therapeutic system) เป็นตัวปล่อยยาที่ละน้อยผ่านทางกระบวนการแพร่ผ่านของเนื้อเยื่อเป็นผลทำให้ยาออกฤทธิ์อยู่

นานถึง 24 ชั่วโมงทำให้สะดวกในการบริหารยาเพียงวันละครั้ง (Berelowitz. 1994 อ้างใน ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. 2540 : 28) ยานี้จะมีจำหน่ายในประเทศไทยในอนาคตอันใกล้

3. ไกลเมพิไรด์ (Glimepiride) เป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิต (Half life) นาน 9 ชั่วโมง บริหารยาวันละครั้งได้โดยที่ขนาดยาที่ใช้อยู่ระหว่าง 1-8 มิลลิกรัมต่อวัน ยาถูกดูดซึมได้หมดในทางเดินอาหารโดยมีฤทธิ์รบกวนโดยอาหารที่รับประทาน มีการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีการทำงานของไตลดลง พบว่ายานี้ถูกขับออกจากกระแสเลือดเพิ่มขึ้นจากการเพิ่มจำนวนการจับของยากับโปรตีนในเลือด (Bloomgarden. 1996 : 296 ; Rosenkranz, et al. 1996 : 1622) และประสิทธิภาพของยาดังนี้ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ไม่แตกต่างกับยาดตัวอื่นในกลุ่มของซัลโฟนิลยูเรีย (Rosenstock, et al. 1996 : 1196) ปัจจุบันกำลังมีการศึกษาวิจัยการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในคนไทย (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. 2540 : 29)

4. การดูแลรักษาเท้า ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นเบาหวานมานาน 10 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เนื่องจากการเสื่อมของหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย เช่น ขา และเท้า นอกจากจะทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นได้น้อยลงแล้วยังเป็นสาเหตุทำให้เลือดไปเลี้ยงเส้นประสาทไม่ดีพอ ทำให้เกิดการอักเสบและการเสื่อมของเส้นประสาทได้ในที่สุด ประเทศไทยพบว่าการตัดขามีสาเหตุมาจากการเกิดเนื้อตายและการเป็นแผลลุกลามที่เท้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยเช่นกัน (สุนิตย์ จันทรประเสริฐ และคณะ. 2542 : 9) ผู้ป่วยควรมีความรู้สามารถดูแลเท้าได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในเรื่องต่อไปนี้ (ไวภูณัฐ สถาปนาวัตร. 2544 : 20 – 23 ; ชิตี สนับสนุน. 2543 : 280-281)

4.1 ทำความสะอาดเท้าและดูแลผิวหนังทุกวันเวลาอาบน้ำ ควรล้างเท้าอย่างทั่วถึง หลังล้างเท้าเรียบร้อยแล้วควรซับทุกส่วนให้แห้งด้วยผ้าขนหนูระวังอย่างเช็ดแรงเกินไปเพราะผิวหนังอาจลอกเป็นแผลได้

4.2 ถ้าผิวหนังที่เท้าแห้งเกินไปให้ใช้ครีมหรือโลชั่นสำหรับทาผิวทาบางๆ วันละครั้งโดยเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้า

4.3 ตรวจเท้าอย่างละเอียดทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้าบริเวณที่เป็นจุดรับน้ำหนัก เพื่อดูว่ามีรอยขีด บาดแผลหรือการอักเสบหรือไม่ หากมีแผลอักเสบต้องรีบไปพบแพทย์

4.4 ตัดเล็บเท้าให้เป็นเส้นตรงไม่สั้นชิดเนื้อเพื่อป้องกันการเกิดเล็บขบและการเกิดแผลจากการตัดเล็บ

4.5 ไม่ใช้ของแข็งและของเหล็บเท้า เพราะจะทำให้เกิดแผลและเนื้อเยื่อซอกเท้าได้

4.6 ป้องกันการบาดเจ็บและเกิดแผลโดยสวมรองเท้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน เลือกรองเท้าที่สวมพอดีสบายไม่บีบรัด และพื้นนุ่มมีการระบายอากาศและความชื้นได้ควรสวมถุงเท้า

ด้วยเสมอ โดยเลือกสวมถุงเท้าที่สะอาด ไม่รัดแน่นและเปลี่ยนทุกวัน ก่อนสวมรองเท้าควรตรวจสอบว่ามีวัตถุที่มีเหลี่ยมหรือคมตกอยู่ในรองเท้าหรือไม่

4.7 หลีกเลี่ยงการดึงหรือตัดหนังแข็งๆ หรือตาปลาที่ฝ่าเท้าและไม่ควรซื้อยากัดลอกตาปลามาใช้เอง

4.8 ถ้ารู้สึกว้าวุ่น ห้ามนางขุดหรือกระเป้าน้ำร้อน หรือประคบด้วยของร้อน การให้ความร้อนจะทำให้เกิดแผลไหม้พองขึ้นได้ และไม่ช่วยทำให้อาการดีขึ้น

4.9 ควรส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าด้วยการนวดเบาๆ และนอนยกเท้าสูงทุกวัน

5. การดูแลสุขภาพทั่วไป เพื่อความสะอาดและป้องกันโรคแทรกซ้อนเพราะการมีโรคอื่นแทรกจะทำให้ควบคุมเบาหวานได้ยาก ผู้ป่วยเบาหวานควรมีการดูแลสุขภาพทั่วไปดังนี้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ. 2545 : 85)

5.1 ดูแลสุขภาพผิวหนัง โดยอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น ควรทำความสะอาดร่างกายอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะตามซอกอับชื้น

5.1.1 ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะตามซอกอับชื้น ไตรารวม รักแร้และขาหนีบ หลังอาบน้ำต้องเช็ดให้แห้ง

5.1.2 ควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาด

5.1.3 ถ้ามีการอักเสบของผิวหนัง ผื่นคัน ฝีพอง ควรรีบปรึกษาแพทย์

5.2 ดูแลสุขภาพฟัน โดยหมั่นรักษาความสะอาดฟันและช่องปาก แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง พบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพฟันและช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และเมื่อมีปัญหาช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ มีกลิ่นปาก เป็นต้น

5.3 ดูแลสุขภาพตา โรคเบาหวานอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางตาได้ง่าย ทั้งต้อกระจกและการเสื่อมของจอรับภาพตาจึงควรตรวจเช็คตากับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5.4 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

5.5 หลีกเลี่ยง ลด เลิกการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการใช้ยาเสพติดหรือกระตุ้นประสาท

5.6 ดูแลตนเองเมื่อเกิดบาดแผล ควรรักษาแผลให้สะอาด แผลสด ควรทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุกที่ทิ้งไว้จนเย็น ซับให้แห้ง ทายาฆ่าเชื้อโรคที่ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เช่น น้ำยาเบต้าดีนควรหลีกเลี่ยงการใช้ทิงเจอร์ไอโอดีน ถ้าแผลอักเสบมากควรไปพบแพทย์ทันทีอย่ารักษาเอง

5.7 ดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะต่อไปนี้ ดังนี้

5.7.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีสาเหตุจากได้รับอินซูลินไม่เพียงพอรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่ออกกำลังกาย มีภาวะเครียดหรือเจ็บป่วย เช่น มีไข้สูง โดยมี

อาการกระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย ริมฝีปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจหอบลึก หดสติ การแก้ไขให้ดื่มน้ำสะอาดไม่ใส่น้ำตาลรับประทานยาให้ถูกต้องและรีบไปพบแพทย์ทันที

5.7.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสาเหตุเกิดจากได้รับอินซูลินมากเกินไป

รับประทานอาหารได้น้อย ออกกำลังกายมากเกินไปจะมีอาการใจสั่น เหงื่อแตก หิว ง่วงซึม หดสติ ให้แก้ไขโดยการนั่งหรือนอนพักและรับประทานน้ำตาลครั้งแก้วหรืออมทอฟฟี่ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์ทันที

5.8 เมื่อต้องการออกจากบ้านต้องเตรียมยาไปให้เพียงพอควรเก็บยาไว้ในกระเป๋าถือเพื่อหยิบใช้ได้สะดวก ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรเตรียมอาหารสำรองหรือทอฟฟี่ไว้รับประทานเมื่อหิวหรือเมื่อมีอาการหน้ามืดซึ่งสามารถหยิบใช้ได้ทันที

5.9 ควรไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอแม้จะรู้สึกสบายดี เพื่อให้ได้รับการตรวจสุขภาพและคำแนะนำที่ถูกต้อง

จะเห็น ได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดเชื้อแต่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ถึงแม้ว่าโรคเบาหวานจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ โดยผู้ป่วยต้องปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเองและเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้

พฤติกรรมป้องกันการโรค

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 54) กล่าวว่า พฤติกรรมป้องกันการโรค หมายถึง พฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันในตลอด 24 ชั่วโมง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534 : 86) กล่าวว่า พฤติกรรมป้องกันการโรค คือ การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย เมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

ลือชา ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533 : 60) กล่าวว่า พฤติกรรมป้องกันการโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ

มัลลิกา มัตติโก (2534 : 11-12) กล่าวว่า พฤติกรรมป้องกันการโรคเป็นการดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก

6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ การป้องกันการเกิดโรค (Primary prevention) การป้องกันการดำเนินของโรค (Secondary prevention) และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (Tertiary prevention)

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง

ปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำ ดังนี้คือ (Becker. 1974 : 88)

1. การรับรู้ของบุคคล ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน (Perceived susceptibility) ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน (Perceived benefit) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barrier)

2. ปัจจัยร่วม ซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ฐานะทางสังคม

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำหรือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน คำแนะนำความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Phipps, Long & Wood. 1983 : 127) ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยมเป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534 : 30) โรเคิช (Rokeach. 1970 : 39) ให้ความหมายของความเชื่อว่าเป็นความรู้สึกลึกซึ้งหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้นโดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด

ความเข้าใจความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิด และความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2536 : 40) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับหรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

แนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ

ในระยะ 30 กว่าปีที่ผ่านมา มีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาถึงแบบแผนมโนทัศน์เพื่อใช้ในการอธิบายถึงปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล แบบแผนที่ได้รับและมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลายคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าบุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพหรือการฟื้นฟูสภาพ เช่น การไปรับการรักษาดูแลโรคที่แพทย์ตรวจพบภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคในรูปของการป้องกันที่แนะนำ หรือการปฏิบัติตนนั้นมีราคาไม่สูงเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าว เป็นแนวความคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock) และในเวลาต่อมาแบคเกอร์ (Backer) ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น (Rosenstock. 1966 ; Strecher & Rosenstock. 1997 : 42-43. ; Citing Becker. 1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากทฤษฎีของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาหากไม่ปฏิบัติ เช่นนี้อาจเกิดผลเสียแก่ตนได้ จากแนวความคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและได้มีการนำมาใช้ครั้งแรกโดยโรเซนสต็อกและคณะ (Strecher & Rosenstock. 1997 : 42 ; Citing Rosenstock, et al. 1974) เพื่ออธิบายปัญหาทางสาธารณสุขในระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 หลังจากนั้นได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเลวินมาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจและทฤษฎีการตัดสินใจแล้วนำองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย

โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Maiman & Becker. 1974 : 20) กล่าวคือ บุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ว่า ตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นและเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรง รวมทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอื่นๆ ด้วย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด ความยากลำบากและอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น นอกจากนั้นการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือชักนำให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อดังกล่าวมีส่วนประกอบดังนี้ (Rosenstock. 1974 ; Maiman & Becker. 1974 : 21-22)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ สิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจว่าเกิดความพร้อมได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับมีมากน้อยเพียงใดโดยเปรียบเทียบกับระหว่างการเรียนรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นต้น

3. ปัจจัยที่ชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to action) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติอาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้นหรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อมวลชนต่างๆ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์

เนื่องจาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกตามที่กล่าวมานี้ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอเพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น ต่อมาเมื่อนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้พยายามศึกษา และเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน เบคเกอร์ (Becker) จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นมาใหม่เพิ่มเติมจากที่โรเซนสต็อกได้ศึกษาไว้

ส่วนประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลายซึ่งมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ 2 ตัวแปรใหญ่ๆ คือ ค่านิยมที่ตั้งไว้ของปัจเจกบุคคลที่มีต่อเป้าหมายและการคาดคะเนของปัจเจกบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman & Becker. 1974 ; Becker. 1990 : 5) ตัวแปรทั้งสองได้นำมาใช้ในบริบทของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related behavior) โดยมีความคล้ายคลึงกันได้แก่ 1) ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือถ้าอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยก็มีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีหายจากโรค 2) เชื่อว่าการปฏิบัติทางด้านสุขภาพจะป้องกันหรือเยียวยาความเจ็บป่วยได้ เช่น คาดคะเนว่าจะลดภาวะคุกคามของโรคได้โดยขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของแต่ละบุคคล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker. 1990 : 8)

4.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และได้รับทราบการวินิจฉัยโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะแตกต่างไปจากผู้ที่สุขภาพดีทั่วไปในลักษณะดังต่อไปนี้

4.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีผลคุกคามต่อชีวิต บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ หรือไม่มีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยของแพทย์ทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

4.1.2 ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน

4.1.3 ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสรiskต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ผลการศึกษาของการวิจัยที่ผ่านมาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับความร่วมมือในการรักษา พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งรวมทั้งการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1977 : 348-368) พบว่าการรับรู้ของมารดาที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสดังกล่าวต่างๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกินจะมีความร่วมมือในการควบคุมอาหาร การมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยัมวิไล (2531 : 96) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เป็นโรคมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้และคลินิกโรคปอดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพะเยาจำนวน 100 ราย

ของกรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535 : 66) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกัน

4.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง และจากผลการศึกษาวิจัย พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Mikhail. 1981 : 69) แต่ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงเกินไปหรือไม่มีความวิตกกังวลเลยอาจทำให้มีผลในทางลบได้ แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ตามพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค อาจยังไม่แสดงออกจนกว่าบุคคลจะต้องรับรู้โรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายชีวิต หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคมจึงจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้น จากการศึกษาของ เบคเกอร์ (Becker. 1974) สรุปได้ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้และผลที่ได้ในทางลบ ส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัวและความวิตกกังวลสูงเกินไป เนลสัน และคณะ (Nelson, et. al. 1978 : 903) เสนอผลการศึกษาไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530 : 120) ที่พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอายุจาะร่วงในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกเด็กแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 300 ราย โดยที่มารดาให้ความร่วมมือดีในการให้บุตรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตั้งแต่บุตรเริ่มเป็นโรค แต่ขัดแย้งการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : 96) ที่พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

4.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตน (Perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et. al. : 1978) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดและมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะรับรู้โรคนี้ไม่สามารถหายไปได้เองได้ถ้าไม่ไปรักษา แต่จะหายได้จากการรับประทานยาและการไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนต์ (2534 : 84) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ของผู้ป่วยหรือคู่สมรสที่เป็นพาหะโรคตับอักเสบไวรัสบีที่มารับบริการที่คลินิกตับอักเสบห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์แผนกฝากครรภ์ แผนกหลังคลอดติดเชื้อและคู่สมรสของผู้มาบริจาคเลือดที่ธนาคารเลือด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบีเช่นเดียวกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535 : 66) ที่พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไประยะหนึ่งจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะรู้สึกสบายขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคหรือลดภาวะความเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

4.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความเจ็บปวดและความอาย เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษานี้ของ (Becker & Maiman, 1997) พบว่าบุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคโปลิโอจะไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ถ้าการฉีดวัคซีนยังไม่มีความปลอดภัยและบุคคลนั้นมีความกลัวความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย อังคณา จิราจินต์ (2530 : 102) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรเมื่ออุจจาระร่วง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปรีศณี ศรีวิชัย (2540 : 61) ที่ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมดูแลบุตรอายุ 0-5 ปี เมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของมารดาชาวเขาเผ่าม้งในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 75 ราย พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและดูแลบุตรเมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาชาวเขาเผ่าม้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตร์ (2534 : 86) ที่พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี

4.5 ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to action)

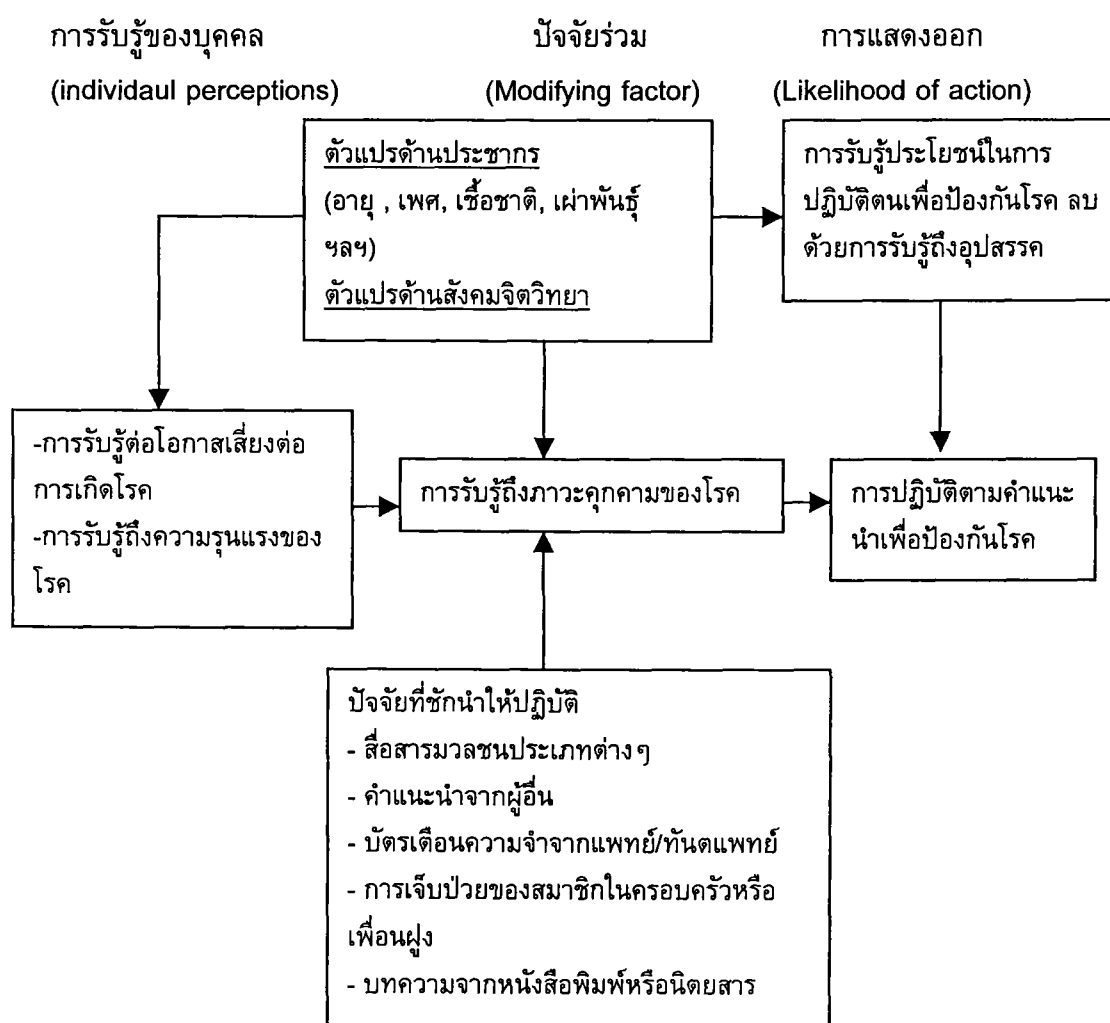
สิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติที่มีได้ทั้งปัจจัยภายใน เช่น อาการของโรคที่เป็นจากประสบการณ์ของตนเองหรือการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ สื่อมวลชนประเภทต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นหรือการได้รับบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามพบ

ว่าความพยายามในการศึกษาปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติเพื่อใช้ทำนาย การปฏิบัติด้านสุขภาพนี้ยังมีน้อย

4.6 ปัจจัยร่วมอื่นๆ (others variables)

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา และสถานภาพสมรส จะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยาตรงตามแผนการรักษา การยินยอมในการตรวจรักษา เป็นต้น รวมถึงโครงสร้างและปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปจากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นเป็นแนวคิดตามโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เบคเกอร์สร้างขึ้นใหม่ดังแสดงในภาพประกอบ 2 (becker. 1990 : 9)



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยเบคเกอร์

ที่มา : Theoretical Model of Adherence and strategies for Improving adherence (1990)

The Hand book of Health Behavior Change : 9

ดังนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในกลุ่มที่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย และมีผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมและรักษาโรคในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วจึงมีความจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันมิให้การดำเนินโรครุนแรงขึ้นอีกทั้งป้องกันมิให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความสามารถในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้หรือไม่ก็น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

เป็นที่ทราบกันดีว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างคนปกติ ถ้าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ภาวะดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถเกิดความทุกข์ทรมาน ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ เช่น ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ หลอดเลือดหัวใจตีบ อัมพาต ตาบอด ไตวาย ซากตามปลายมือปลายเท้า เกิดแผลเรื้อรังที่เท้าและมีการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ เหนืออวัยวะ เป็นฝี เป็นดัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้บุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้หรือความเชื่อที่แตกต่างกันไป เนื่องจากมีปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ต่างกันดังได้กล่าวมาแล้ว และเนื่องจากการรับรู้หรือความเชื่อเป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส ความเชื่อเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลและเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลจะมีความหมายต่อประสบการณ์ และอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น (King, 1981 : 23) การที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับฟังข่าวสารและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อประชาสัมพันธ์ชนิดต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือต่างๆ หรือได้เห็นบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนบ้านเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับตนเอง สิ่งต่างๆ เหล่านี้นับได้ว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โดยผ่านกระบวนการทางความคิดและจิตใจ ซึ่งสมองจะตีความหรือแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับตลอดจนประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง แรงจูงใจและความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง

ออกมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคได้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคทางที่ถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามการรับรู้หรือความเชื่อในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานนั้น ยังไม่มีใครศึกษาไว้ ในการศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้ใช้ประยุกต์ใช้แบบแผนการรับรู้ หรือความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อค (Becker. 1974 : 83-88 ;Citing Rosenstock. 1996 : 1194) มาใช้ในการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Perceive susceptibility) เป็นทัศนคติหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่มีสุขภาพดีโดยทั่วไป และเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคเรื้อรังหรือเป็นโรคอื่นๆ อีกได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแน่นอนจากแพทย์แล้ว มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไปจากกรณีที่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรค ซึ่งสามารถวัดได้ 3 ทาง คือ (Becker. 1974 : 83)

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การที่บุคคลไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือข้อสรุปจากแพทย์ยอมทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือมีโอกาสกับเป็นซ้ำได้อีก

1.3 ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอาใจใส่ต่อสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมามากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ การอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ตาบอด หลอดเลือดหัวใจตีบ ไตวาย ขาปลายมือปลายเท้าเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงขาและเท้าได้น้อย และเส้นประสาทเสื่อมสภาพ เป็นแผลเรื้อรังและการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ เหวือกอักเสบ เป็นฝี เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นโดยการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น มีรายงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันรักษาโรค เช่น การศึกษาของไฮน์เซลมานน์และบากเลย์ (Heinzelmann & Bagley. 1970 : 905-911) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการออกกำลังกาย การศึกษาของไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมในการรับประทานยาเพนิซิลินเพื่อป้องกันอันตรายของโรคในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติเป็นไขรูห์มาติก (Rheumatic fever) พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เทอร์เรลและฮาร์ท

(Tirrell & Heart. 1980 : 490) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย การศึกษาของนิตยา ภาสนันท์ (2530 : 81) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : จ) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 246 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูงและพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตดา สุรจิตต์ (2543 : 45) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสตรีอายุระหว่าง 30-50 ปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลางและพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี เช่นเดียวกับการศึกษาของเรณู กาวิละ (2537 : 73) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 25-60 ปีจำนวน 400 คน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในทางตรงข้าม สุภาพ ไบแก้ว (2528 : ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ซึ่งมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่า

2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน(Perceived severity)การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ ที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค แต่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีการรับรู้ด้วยว่าภาวะแทรกซ้อนนั้นมีความรุนแรงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงานและสังคม เป็นกรรับรู้ถึงอันตรายที่เกิดขึ้น เช่น ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าค่าปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหมดสติและถึงแก่ชีวิต ถ้าเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้เป็นอัมพาต ถ้ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานอาจทำให้มีพยาธิสภาพบริเวณจอรับภาพของตาจนเป็นเหตุให้ประสาทตาเสื่อมและเกิดตาบอดในที่สุด ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดไตวายและมีความดันโลหิตสูง หากเกิดอาการชาที่ขาและเท้าเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงขาและเท้าได้น้อยเส้นประสาทเสื่อมสภาพจะทำให้เกิดเนื้อตาย และอาจถูกตัดขาได้หรือหากมีแผลที่เท้าถ้าไม่ได้รับการ

มีโอกาสดังกล่าวทั้งหรือเกิดการติดเชื้อที่ระบบต่างๆ เช่นอวัยวะสืบพันธุ์ ผิวหนังอักเสบ เป็นผื่นด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักถึงอันตรายหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อ สุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1977 : 33) ศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมในการตรวจค้นหาบุคคลที่เป็นพาหะของโรค โดยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับต่ำหรือปานกลางจะกระตุ้นให้บุคคลสนใจมาตรวจว่าตนเป็นพาหะ หรือแม้แต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับสูงเกินไป บุคคลจะวิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงการมารับการตรวจ การศึกษาของ อลลิอกนา (Alogna. 1980 : 533-534) เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษามีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทั้งๆ ที่ทั้งสองกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกินความเป็นจริงนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคของตน และจากการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา สุจริตต์ (2543 : 45) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในโรงพยาบาลสตรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน เช่นเดียวกับการศึกษาของ เรณู กาวิละ (2537 : 73) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาว่า สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร การใช้ยา การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลสุขภาพทั่วๆ ไป การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด การมาตรวจตามนัด จากการศึกษาของแฮร์ริส และคณะ (Janz and Becker. 1984 : 28 ; Citing Harris and Co-works. 1976 : 478) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน นั้นแสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ในการช่วยควบคุมโรคได้ จึงให้ความร่วมมือในการรักษา นิตยา ภาสุนันท์

(2530 : 82) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ จากการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู กาวิละ (2537 : 73) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามมีบางรายงานที่ให้ผลในทางลบ เช่น พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 116) รายงานว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่นกัน การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์หรือโทษ ซึ่งเกิดจากการกระทำที่เลือกแล้วว่าดีกว่าวิธีอื่นทำให้บุคคลมีการตัดสินใจปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Perceived barrier) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพในทางลบหรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งอาจได้แก่ การเสียค่าใช้จ่าย การเสียเวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความไม่สุขสบาย ความเครียด และความไม่สะดวกต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นต้น ผู้ป่วยจะนำมาประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ถ้าพบอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับอาจทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรืออาจทำให้ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรม จากผลการศึกษาของ คลิงเกอร์ (Klinger. 1984 : 32-37) พบว่า การปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติความไม่สุขสบายจากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart. 1980 : 490) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี และสนใจ ยัมวิไล (2531 : ง) พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง แบลคเวลล์ (Blackwell. 1972 : 841-848) กล่าวถึงปัจจัยเกี่ยวกับแผนการรักษาอันได้แก่ ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา จำนวนยาที่ต้องรับประทานในแต่ละมื้อ จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน หรือผลข้างเคียงของยา การศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ

ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตอารี ศรีอาคะ (2543 : 48) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จังหวัดน่าน จำนวน 331 คน พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การรับรู้หรือความเชื่อของบุคคล ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ฐานะทางสังคมและรวมถึงความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง (Becker. 1974 : 88) พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การกระทำใดๆ ก็ตามที่ผู้ป่วยเบาหวานกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยพฤติกรรมการป้องกันต่างๆ นั้นอาจได้แก่ การปฏิบัติตามการรักษาการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับการศึกษารังนี้ผู้ศึกษาต้องการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน แต่จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีผู้ใดศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน มีเพียงการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร ในปัจจุบันวิถีชีวิตคนสายกลางไม่เข้มงวดหรือละเลย ผู้ป่วยสามารถกินอาหารต่างๆ ได้เหมือนคนปกติ เพียงแต่ดัดแปลงอาหารบางชนิดให้เหมาะกับผู้ป่วย เช่น งดเว้นน้ำตาล และอาหารที่มีน้ำตาลทุกชนิดและกินอาหารครบ 5 หมู่ คือ ประกอบด้วย ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ ไขมัน ในปริมาณเหมาะสมเพียงพอทุกวันเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรกินอาหารวันละ 3-4 มื้อและไม่ควรงดมื้อหนึ่งมื้อใดในการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยควรงดอาหารต่อไปนี้

1.1 น้ำตาลชนิดต่างๆ ได้แก่ น้ำตาลทราย น้ำตาลปี๊ป น้ำตาลก้อน น้ำตาลผลไม้ น้ำเชื่อม น้ำผึ้ง นมข้นหวาน

1.2 น้ำหวานต่างๆ เช่น น้ำหวานเข้มข้น น้ำอัดลม โอเลี้ยง การแพ้ใส่น้ำตาล

1.3 นมปรุงแต่งรสต่างๆ เช่น นมรสช็อคโกแลต นมรสสตอเบอรี่ รวมทั้งนมถั่วเหลืองที่เติมน้ำตาลแล้ว

1.4 ลูกกวาด ทอฟฟี่ ช็อคโกแลต

1.5 น้ำผลไม้เข้มข้น ผลไม้กระป๋อง

1.6 ผลไม้เชื่อม อาหารเชื่อมต่างๆ

1.7 ผลไม้แห้ง ผลไม้แช่อิ่ม

1.8 ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ละมุด ลำไย น้อยหน่า อุ่น

อาหารที่ผู้ป่วยกินได้แต่จำเป็นต้องจำกัด ได้แก่ อาหารจำพวกแป้งต่างๆ เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมหิน และวุ้นเส้น เหล่านี้เป็นอาหารที่ให้พลังงานที่จำเป็นแก่ร่างกาย ฉะนั้นผู้ป่วยจึงไม่ควรงดแต่ควรรับประทานในปริมาณที่พอควรไม่มากเกินไปหรือจำกัดจนเข้มงวด

อาหารที่ผู้ป่วยควรรับประทานเพิ่มขึ้น ได้แก่ อาหารที่มีใยและกากมาก เช่น ผักชนิดต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และในผักยังมีวิตามิน และเกลือแร่มากซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานให้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลา งดการรับประทานอาหารจุบจิบประมาณอาหารในแต่ละวันให้เท่าๆกันหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์เนื่องจากมีแคลอรีมากจากการศึกษาของ จารุพันธ์ สมณะ (2541 : 62) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแม่อนจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 15 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมคือ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาและรับประทานอาหารหลังรับประทานยานานเกิน 1 ชั่วโมงและมีบางรายดื่มสุราร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องกับชูจิตร์ เปล่งวิทยา (2531 : 45 - 53) ที่กล่าวว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะเกิดในผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาหรือปริมาณไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะชอบรับประทานอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และผลไม้ที่มีรสหวานและจากการศึกษาของเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 66-68) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรีและโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่นิยมใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร ชอบรับประทานข้าวเจ้า ปลาน้ำจืด และผักกับน้ำพริก ส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาและบางรายมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนผลไม้จะรับประทานผลไม้ประเภทส้ม ฝรั่ง ชมพู่ เนื่องจากช่วงที่ศึกษาอยู่ในช่วงเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ ซึ่งจะมีผลไม้มากกล่าวจำนวนมาก ส่วนผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ผลไม้สุก ทูเรียน ลิ้นจี่ ลำไย ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับประทานเนื่องจากไม่ใช่ฤดูกาล

2. การใช้ยา ผู้ป่วยต้องทราบฤทธิ์ของยาต่อการรักษาโรคเบาหวาน รับประทานยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่งทราบภาวะแทรกซ้อนของยา ในกรณีที่รักษาโดยยาฉีดสามารถฉีดได้อย่างถูกวิธีและปลอดภัย จากการศึกษาของ สมศักดิ์ วรวัศทวี (2535 : 62 - 64) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนครพิงค์โดยการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 45 คน และติดตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับการสังเกตที่บ้านของผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้แบบ

เฉพาะเจาะจง จำนวน 7 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแบบแผนการใช้ยาโดยดูลักษณะเมื่อยาภายนอก ได้แก่ รูปร่าง ขนาด และสีของเม็ดยาร่วมกับการจดจำวิธีการใช้ยา โดยผู้ป่วยไม่สนใจฉลากบอกวิธีใช้ยาและชื่อยา เนื่องจากการรับรู้ชื่อยาทำได้ยาก ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องเพราะเข้าใจวิธีการใช้ยาผิด หรือมีอาหารของผู้ป่วยไม่ตรงกับเวลาที่แพทย์กำหนดให้รับประทานยาโดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานวันละหลายครั้งทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาในบางมื้อและมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาของโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนมีการลดขนาดยา รับประทานยาในเวลาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาที่ได้รับประทานก่อนอาหารเข้า ผู้ป่วยมักรับประทานยาก่อนอาหารเกิน 30 นาทีผู้ป่วยบางส่วนไม่มารับการตรวจและรับยาตามนัด และมีการปฏิบัติเมื่อขาดยาที่อาจเป็นอันตราย ได้แก่ ชื่อยาตามตัวอย่างมารับประทาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา บริสุทธิ์ (2540 : 73) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลในภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 240 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายชื่อยาเบาหวานมาใช้เองเนื่องจากบางครั้งไม่สามารถมาตรวจได้ ยาหมดจึงไปชื่อยาที่ร้านขายยาโดยจะนำตัวอย่างไปให้ที่ร้านขายยาดู ผู้ป่วยร้อยละ 17.10 ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาของแพทย์ และการใช้สมุนไพรผู้ป่วยจะไม่บอกให้แพทย์ทราบเพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิหรือกลัวแพทย์จะไม่ให้ใช้

3. การงดสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้เร็วขึ้น และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่ามะเร็งปอดถึงเกือบสามเท่า (ศักดิ์ บวร. 2544 : 185) เนื่องจากสารคาร์บอนมอนอกไซด์ และสารพิษอื่นๆ ในควันบุหรี่เข้าไปลดความสามารถในการนำส่งออกซิเจนของเลือด นอกจากนี้สารพิษต่างๆ ยังเป็นปัจจัยเพิ่มระดับคลอเรสเตอรอลแอลดีแอล และไปลดระดับคลอเรสเตอรอลเอชดีแอล (HDL) ที่ช่วยป้องกันโรคหัวใจรวมทั้งเป็นปัจจัยสร้างความเสียหายให้แก่ผนังหลอดเลือดแดง ช่วยเสริมการก่อตัวและช่วยเสริมการพัฒนาของเพลกในหลอดเลือดแดงที่ตีบ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานก็จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องลดพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้คือลดหรืองดการสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด จากการศึกษาของจันทรา บริสุทธิ์ (2540 : 63) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีเพียงส่วนน้อยที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 35.8 ต้องอยู่บริเวณที่มีควันบุหรี่หรือบริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่แต่ผู้ป่วยเบาหวานจะพยายามเดินหนีไปทางอื่นเมื่อมีคนสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่หรือการอยู่บริเวณที่มีควันบุหรี่นั้นเป็นอันตรายต่อโรคเบาหวาน ทราบแต่เพียงว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคปอดโรคหอบหืดและมีกลิ่นเหม็น

4. การออกกำลังกาย ปัจจุบันถือว่า การออกกำลังกายเป็นส่วนประกอบอย่างหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสม ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ ไม่ควรออกกำลังกายที่ใช้กำลังมากๆ เช่น วิ่งเร็ว ควรออกกำลังกายทุกวัน ในช่วงเวลาเดียวกันควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาที โดยมีช่วงเวลาพักบ้าง และไม่ออกกำลังกายจนเหนื่อยมากเกินไป

ข้อที่ควรคำนึงถึงในการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานคือ

1. ต้องแจ้งให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทราบว่าทำการออกกำลังกายอย่างไรบ้าง เพราะการออกกำลังกายมีผลโดยตรงในการลดระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์ผู้รักษาอาจลดปริมาณยาเบาหวานลงให้สัมพันธ์กับปริมาณการออกกำลังกาย

2. การออกกำลังกายโดยไม่สม่ำเสมอ อาจเป็นอันตรายและยากแก่การบำบัดรักษา เพราะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปริมาณยาเบาหวานได้ยาก

อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอาจเกิดระหว่างออกกำลังกายได้จึงต้องคอยสังเกตความผิดปกติและหยุดทันทีที่มีอาการหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก ตาพร่ามัว มึนงง

ข้อห้ามของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก (เกิน 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากมีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้ง่าย

2. มีโรคแทรกซ้อนซึ่งแสดงอาการอยู่แล้ว เช่น หลอดเลือดในสมองตีบ ความดันโลหิตสูงมาก ไตเสื่อมสมรรถภาพ อาการแทรกซ้อนทางตา อาการติดเชื้อต่างๆ

จากการศึกษาของจารย์นันท์ สมณะ (2541 : 64) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการเลือกรูปแบบในการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเอง ได้แก่ การวิ่งเหยาะๆ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และจากการศึกษาของธีรนันท์ วรรณศิริ (2532 : 75) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังจากการเดินบนสายพานเลื่อน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศหญิงอายุ 30-60 ปีที่มารับบริการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช จำนวน 20 ราย พบว่าระดับกลูโคสในเลือดภายหลังการออกกำลังกายลดลงกว่าก่อนออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่จากการศึกษาของจันทร์หา บริสุทธิ์ (2540 : 64) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 64.20 ไม่ได้ออกกำลังกายโดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากทำไม่ไหวและคิดว่าทำงานทุกวันได้ออกกำลังกายอยู่แล้ว บางรายบอกว่าไม่มีเวลา ข้อเข่าเสื่อมและไม่เคยทำมาก่อน ทำนองเดียวกับการศึกษาของ มาลี จำนงผล (2540 : 74) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็น

ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลจะเชิงเทราจำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเพียงร้อยละ 51.00 ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายให้เหตุผลว่าการทำงานคือการออกกำลังกายร้อยละ 32.60 ไม่มีเวลาออกกำลังกายร้อยละ 35.70 และเหนื่อยง่ายเนื่องจากสุขภาพไม่ดีร้อยละ 19.40

5. การดูแลเท้า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน มักเกิดบาดแผลที่อวัยวะส่วนปลายของร่างกาย เช่น มือและเท้าเป็นต้น เพราะบริเวณนี้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยและเกิดอันตรายได้บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการชาตามบริเวณปลายมือและเท้าจนกระทั่งแผลลุกลามและเน่า (gangrene) ถึงกับต้องตัดนิ้วเท้าหรือขาออก หลักในการดูแลรักษาเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีดังนี้ คือ

5.1 ล้างเท้าให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ทุกวัน เช็ดเท้าให้แห้ง โดยเฉพาะบริเวณซอกเท้าอย่าเช็ดแรงเพราะอาจเกิดแผลถลอกและใช้แป้งโรย

5.2 ตรวจเท้าทุกวันบริเวณซอกเท้าและฝ่าเท้าว่ามีแผลอักเสบหรือไม่ถ้าไม่ชัดเจนให้ใช้กระจกส่องดูบริเวณที่เห็นไม่ถนัดและรีบปรึกษาแพทย์เมื่อสังเกตว่าผิดปกติ

5.3 ใช้รองเท้าที่เหมาะสม นุ่ม และไม่บีบเสียดเท้า ถ้าจำเป็นต้องเปลี่ยนรองเท้าใหม่ควรใส่ไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมงสัก 1 สัปดาห์ก่อน เพื่อให้ชินและป้องกันรองเท้ากัด ก่อนสวมรองเท้า ควรสำรวจว่ามีวัสดุหรือสิ่งแปลกปลอมตกอยู่ในรองเท้าหรือไม่ เพราะอาจมีอาการชาที่เท้าจนไม่รู้สึกรู้สีก่อนมีวัตถุฝังอยู่ในรองเท้า เมื่อใส่เดินจะทำให้เกิดบาดแผลได้

5.4 ถ้าเกิดเป็นตุ่ม ตาปลา หรือเป็นหูดที่เท้า อย่าตัดด้วยมีด ควรแช่เท้าด้วยน้ำสบู่ และถูด้วยผ้าก๊อซเบาๆ ให้เนื้อตายลอกหลุดออกไปเอง

5.5 ระวังเรื่องการตัดเล็บ ควรตัดเล็บเท้าตรงๆ ไม่ตัดให้สั้นเกินไป เพื่อป้องกันการตัดถูกเนื้อและการเกิดเล็บขบ ก่อนตัดควรแช่น้ำอุ่นก่อนเพื่อให้เล็บอ่อนตัดง่าย

5.6 อย่าใช้ยาแรงๆ ทาผิวหนัง เช่น ทิงเจอร์ไอโอดีน หรือกรดคาร์บอลิก ควรใช้ยาฆ่าเชื้อโรคที่ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เช่น น้ำยาเบตาดีน หรือยาเหลือง

5.7 เมื่อรู้สึกว้าว้าวเท้าชาไม่ควรวางกระเป๋าหรือขวดน้ำร้อน เพราะอาจเกิดแผลพุพองได้

5.8 ถ้าเป็นแผลที่เท้าให้รีบปรึกษาแพทย์ อย่าประมาทว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยเพราะจะถูกตัดขาได้ง่าย

5.9 แนะนำให้บริหารเท้าและขาเป็นพิเศษอย่างสม่ำเสมอ โดยกระดกนิ้วเท้าขึ้นลงหรือยืนเขย่งปลายเท้าขึ้นลง

จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 200 คน ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยนางลักษณ์ นฤวัตร (2536 : 77) พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 71.00 มีความผิดปกติของเท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน สาเหตุของความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการไหลเวียนของเลือด มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่มีการดูแลเท้าผิดวิธี คือ ใช้มีดโกนตัดหนังแข็ง

ที่เท้า ไม่ทำความสะอาดเท้าอย่างทั่วถึง ใช้ทิงเจอร์หรือยาแดงใส่แผล เป็นต้น จะเห็นได้ว่าถ้ามีการตรวจค้นปัญหาเกี่ยวกับเท้าอย่างจริงจังแล้วจะพบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ประสบปัญหาเรื่องการดูแลเท้า หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา บริสุทธิ์ (2540 : 67) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 81.30 นั่งไขว่ห้าง นั่งพับเพียบ หรือนั่งยองๆ ร้อยละ 62.10 ไม่ได้บริหารเท้าเลย เนื่องจากไม่ทราบว่าต้องบริหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตัดเล็บโค้งๆ ตามรูปเล็บ บางรายใช้ที่ตัดเล็บหรือมีดตัดหนังหน้าตาปลาของตนเอง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง ทำนองเดียวกับการศึกษาของเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 70) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันตก พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายจะตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ บางรายไว้เล็บยาว และบางรายไม่ได้ตัดเล็บ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการนั่งไขว่ห้างหรือนั่งพับเพียบโดยเฉพาะเวลาไปวัด

6. การดูแลสุขภาพร่างกายทั่ว ๆ ไป

สุขภาพตา โรคเบาหวานอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางตาได้ง่าย ทั้งต้อกระจกและการเสื่อมของจอรับภาพจึงควรตรวจเช็คตากับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้งในผู้ป่วยที่มีปริมาณน้ำตาลสูงมากในเลือดอาจเกิดความผิดปกติของสายตา มีอาการตามัว ไม่ควรรีบเปลี่ยนแว่นเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้นสายตาอาจจะเป็นปกติภายหลัง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่ควรตัดสินใจเองควรให้จักษุแพทย์เป็นผู้แนะนำ

สุขภาพฟัน ผู้ป่วยควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและก่อนนอนบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง พยายามล้างเอาเศษอาหารที่ติดค้างออกให้หมด ตรวจสุขภาพฟันและช่องปากทุก 6 เดือน

สุขภาพผิวหนัง ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งคือเช้าและเย็น และทำความสะอาดบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ขาหนีบใต้ราวนมเช็ดให้แห้ง ถ้ามีเหงื่อมากอาจใช้แป้งฝุ่นทาบ้าง ถ้าผิวหนังแห้งมากให้ใช้ครีมทาผิวบ้าง หลังอาบน้ำแต่ละครั้งควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาด เปลี่ยนทำความสะอาดทุกวัน ผ้าเช็ดตัว ปลอกหมอน ควรซักอาทิตย์ละครั้ง และสระผมอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง เพราะผู้ป่วยเบาหวานมีอาการติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะเชื้อราตามซอกอับต่างๆ เชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัสตามผิวหนังเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมีผลทำให้เม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ (Polymorphonuclear) ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การติดเชื้อบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด

จากการศึกษาของเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 67) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันตก พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 67.50 ไม่ได้พกถุงมือหรือทอพีฟี่เมื่อออกจากบ้านโดยให้เหตุผลว่าไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่พก ทำนองเดียวกับการศึกษาของ

มาลี จำนวนผล (2540 : 78) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 87.50 ไม่ได้พกถุงมือหรือทอพีเมื่อออกจากบ้าน โดยให้เหตุผลว่าไม่มีการฝึกปฏิบัติจึงไม่พก

7. การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าสิ่งเร้าเป็นความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นให้ระบบประสาทส่วนกลางในส่วนของซิมพาเทติกหลั่งฮอโมนอิพิเนพรินและนอร์อิพิเนพริน และกระตุ้นต่อมไฮโปทาลามัสให้หลั่งฮอโมนอะดรีโนคอร์ติคัลไปกระตุ้นต่อมหมวกไตและตับอ่อนให้หลั่งแคทีคอลามีน คอร์ติซอล กลูโคคอร์ติคอยด์ กลูคาγον เป็นต้น ซึ่งฮอโมนเหล่านี้จะไปสลายไกลโคเจนออกมาเป็นกลูโคสด้วยกระบวนการไกลโคไลซิส ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและยังทำให้เกิดภาวะกรดจากสารคีโตนได้ง่าย (ไวญญู สถาปนาวัด. 2544 : 96 – 99) และจากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และความเครียดอย่างเรื้อรังมีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับฮีโมโกลบิน ดังนั้นความเครียดจึงไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยจึงต้องเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เช่น การทำใจให้สบาย มีอารมณ์ขัน หรือใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น จากการศึกษาของจันทร์หา บริสุทธิ์ (2540 : 73) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 34.6 เมื่อมีความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ไม่ได้ระบายให้ใครฟัง จะเก็บความคับข้องใจไว้คนเดียว

8. การมาตรวจตามนัด การรักษาโรคเบาหวานจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยจึงต้องมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัดทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ตรวจภาวะสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพราะภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีหลายชนิดอาจไม่ก่อให้เกิดอาการในระยะแรกๆ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติควรพบแพทย์ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัดหมาย โรคเบาหวานเป็นโรครักษาไม่หายขาดผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นจะต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัดจึงเป็นพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัดก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยหลายประการ เช่น

1. ผู้ป่วยมีโอกาสรับการตรวจร่างกาย จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานได้รับการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติของระบบต่างๆ ของร่างกาย การวัดความดันโลหิต การตรวจต่างๆ เพื่อหาทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนล่วงหน้า และรับทราบเกี่ยวกับการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากโรคเบาหวาน

2. ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์และจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนได้รับทราบถึงผลการควบคุมโรค ได้รับการตรวจและรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ทราบสถานะของโรคในปัจจุบันได้เร็ว

3. เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา มีข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยก็สามารถที่จะซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์ พยาบาล ได้รับกำลังใจ ได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง

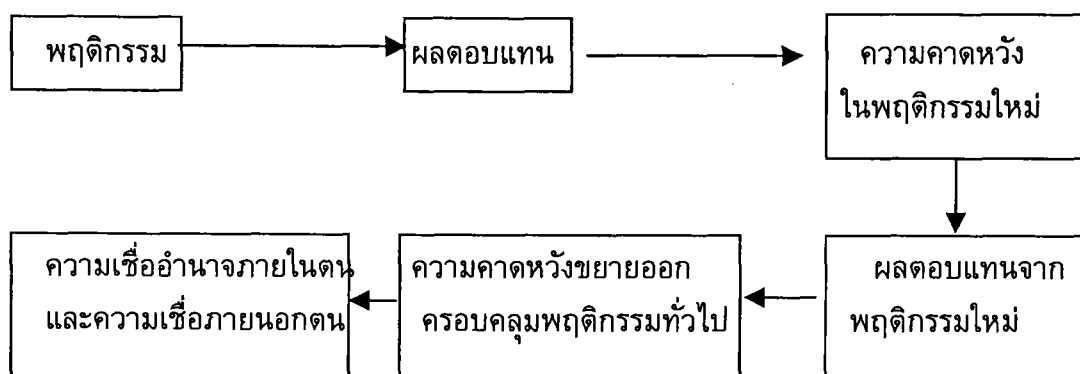
4. สิ่งสำคัญในการมาตรวจตามนัด คือ การมารับยา การปรับเปลี่ยนยาตามสถานะของโรค แพทย์มีโอกาสให้การรักษอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

การศึกษาของ อนันต์ สอนพวง (2541 : 77-78) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน โรงพยาบาลท่าม่วง โรงพยาบาลทองผาภูมิและโรงพยาบาลไทรโยค จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 518 ราย พบว่า การมารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอร้อยละ 69.90 และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 30.10 โดยขาดการรักษาเฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี เหตุผลของการขาดการรักษาคือ ติดธุระและลืมวันนัดร้อยละ 45.90 และ 13.60ตามลำดับและจากการศึกษาข้อมูลความไม่ร่วมมือในการรักษาโรคที่ต้องใช้ระยะเวลานาน และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2532 : 96) รายงานว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานวันโรคและความดันโลหิตสูงจะขาดการรักษาที่ต่อเนื่องประมาณร้อยละ 5 ในคลินิกทั่วไป และประมาณร้อยละ 20-25 ในคลินิกเฉพาะโรค

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคในด้านต่าง ๆ ดังนี้ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลสุขภาพทั่วไป การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัด อยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและปราศจากโรคแทรกซ้อนได้

ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ (Health Locus of Control)

ความเชื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ฝังแน่นอยู่ภายใต้ความคิดและความเข้าใจของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต. 2536 : 614) ความเชื่อจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อทั้งๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นอาจจะไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม (Rokeach. 1970 : 214) ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เนื่องจากความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของแต่ละบุคคลซึ่งมีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกัน เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน (Locus of control) มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social leaning theory) โดยรอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 2) ได้กล่าวถึงลักษณะของความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนเพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่ว่า ผลตอบแทนที่ได้จากพฤติกรรมอันหนึ่งของบุคคลย่อมก่อให้เกิดความหวังว่าจะต้องได้รับผลตอบแทน เช่นเดียวกันในพฤติกรรมอันใหม่ ความคาดหวังเหล่านี้ก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพสำคัญของบุคคลนั้น ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับผลตอบแทนน้อยๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเองความเชื่อเช่นนี้ เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับผลตอบแทน จะทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งที่ไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเองเป็นเพราะโชคชะตาความบังเอิญหรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้ เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆ อีก ดังแสดงในแผนภาพ (Rotter. 1966 : 2)



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่อภายนอกตน

นอกจากนั้นรอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 2) ยังได้สรุปลักษณะความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง เป็นการรับรู้ว่าการเหตุการณต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีลักษณะดังนี้

1.1 เป็นบุคคลที่มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

1.2 เป็นผู้ที่มีแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ สูงและพยายามปรับปรุงแก้ไขสภาพแวดล้อมตามลำดับขั้น

1.3 เป็นบุคคลที่มองเห็นคุณค่าของทักษะและความพยายามของตนเอง สามารถปรับตัวควบคุมสถานการณ์ได้

1.4 เป็นบุคคลที่ยากจะถูกชักชวนให้เชื่อตามโดยไม่มีเหตุผล

2. ความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นการรับรู้ว่าการเหตุการณหรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคกลางเคราะห์กรรม อำนาจเหนือธรรมชาติและอำนาจของผู้อื่น เป็นต้น โดยที่ตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะมีลักษณะดังนี้

2.1 เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพเฉื่อยชาและขาดความกระตือรือร้น

2.2 ไม่พยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหของตน

2.3 เป็นบุคคลที่มีแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ต่ำและมีความวิตกกังวลสูง

2.4 เป็นบุคคลที่แสวงหาสิ่งที่คิดว่ามีอิทธิพลต่อตนเองสามารถรับคำแนะนำได้ง่าย

การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการที่สำคัญได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบิดามารดาด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะพัฒนาตามอายุโดยเชื่อว่าความเชื่ออำนาจภายในตนจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่อภายนอกตนจะเปลี่ยนแปลงหรือคงที่นั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. 2535 : 29 ; อ้างอิงจาก Robinson and Shaver. 1980 : 171-173) กล่าวว่าประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ ประสบการณ์สะสมในอดีต และประสบการณ์สำคัญในชีวิตซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตในระยะเวลาที่จำกัด เช่น การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก อุบัติเหตุ (Lowery. 1981 : 294) ยังกล่าวว่าลักษณะความเชื่อที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลไม่ได้หมายความว่า บุคคลจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนทั้งหมด แต่จะแตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์ที่ประสบในการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือ

ตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นอำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดลง บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่อยู่นอกตนมากขึ้น แสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตนจะต่ำลงเมื่อสูงอายุ (วราภรณ์ นารินทร์. 2540 : 34 ; อ้างอิงจาก Crandall. et al., 1965) จะเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนเปลี่ยนแปลงได้ไปตามอายุและประสบการณ์ชีวิตโดยประสบการณ์สำคัญในชีวิตอาจจะมีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจภายนอกตนได้ ถ้าประสบการณ์นั้นส่งเสริมความเชื่อเดิมที่มีอยู่

การประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ได้มีการพัฒนามาตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 โดยฟอเรสและคณะ ต่อมาได้มีการแก้ไขดัดแปลงเครื่องมือนี้ตลอดมาแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน ในปี ค.ศ. 1966 รอตเตอร์ ได้ดัดแปลงใหม่เป็น I-E Scale (Internal-External Locus of Control Scale) เป็นการวัดแบบมิติเดียวแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ต่อมาในปี ค.ศ. 1973 เลวินสัน ได้พัฒนาแบบวัดขึ้นใหม่โดยใช้ I-E Scale เป็น พื้นฐานและแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ดีนัก ต่อมาวอลสตันและคณะ (Wallston & Others. 1976: 580-585) ได้ดัดแปลงแบบวัดนี้ให้เหมาะสม และได้มีการปรับปรุงอีกในปี ค.ศ. 1978 เรียกว่า Multidimension Health Locus of Control Scale (MHLC) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Intenal Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful Other Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าบุคลากรสาธารณสุขทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพและเชื่อว่าการพบบุคลากรสาธารณสุขโดยสม่ำเสมอ ทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่เป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาสหรือโชคชะตาที่ไม่อาจควบคุมได้

ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ (Health locus of control) สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยได้ วอลสตันและวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1978: 112) ค้นพบว่า สามารถใช้ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาทำนายและค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงได้คือการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การเข้าหา การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การควบคุมอาหาร ตลอดจนการวางแผนครอบครัว บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมักจะมีพฤติกรรมที่กล่าวมาในทางบวกนอกจากนั้นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จะเป็นผู้นำใจ

ต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแตกต่างไปจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพที่เชื่อว่า การที่มีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชคชะตาความบังเอิญและสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็นไป มักจะเป็นผู้ที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี ทำให้สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ (Strickland. 1978 : 1193)

จะเห็นได้ว่าจากทฤษฎีความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ(Health Locus of Control) ประกอบด้วยความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เฉพาะความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมาเป็นตัวแปรในการศึกษาเนื่องจากความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ สามารถนำมาทำนายและค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงได้ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมักจะมีพฤติกรรมต่างในทางบวก และจะเป็นผู้ที่สนใจต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานได้ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและ ในประเทศไทยตามตัวแปรดังนี้

เพศกับพฤติกรรมป้องกันโรค

โอคอนเนอร์ และคนอื่น ๆ (O'Connor and others. 1987 : 697- 701) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่รัฐอริโซนา ประเทศสหรัฐอเมริกา แบบตัดขวาง (crosssection analysis) วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเชิงซ้อน (multivariate analysis) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ลอนด์ (Lohn. 1996 : 1709 - A) ได้ศึกษาหาแนวทางป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและการตรวจน้ำตาลในเลือดของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน ศึกษาเกี่ยวกับอายุ เพศ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการตรวจน้ำตาลในเลือดผลการศึกษพบว่าประชากรที่มีอายุ 30 – 65 ปี ตรวจพบเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 24.60 และประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 49.20 ซึ่งจากการวิเคราะห์ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค พบว่ามีสาเหตุจากโรคอ้วนเป็นส่วนใหญ่อันเนื่อง

มาจากบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูง โดยในเพศชายพบโรคอ้วนร้อยละ 84.00 และในเพศหญิงพบร้อยละ 96.00 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ศึกษาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองกรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน ชาย หญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย พบว่าประชาชนเขตเมืองที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา เพศทำให้เกิดความแตกต่างทางเสรีภาพในบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้วยในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นผู้ดูแล จึงพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย

พิชาภรณ์ จันทนกุล (2541 : 89) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพทักษะชีวิตกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างนักเรียน 519 ราย พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ในโรงเรียนและสังคมให้โอกาสเด็กได้แสดงความสามารถและช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ ทำกิจกรรมต่างๆ เท่าเทียมกัน เด็กหญิงและเด็กชายจึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อรรช ศรีไทรล้วน (2541 : 77-78) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 113 ราย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศแตกต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัวมีการประกอบอาชีพนอกบ้าน มีการเข้าสังคม ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนทำให้เกิดการบกพร่องในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้แสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้หญิงประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้นแต่บทบาทผู้ดูแลทำให้เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย

ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 91-92) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 279 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน

อายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

โอคอนเนอร์ และคนอื่นๆ (O'Connor and others. 1987 : 697- 701) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่รัฐอริโซนา ประเทศสหรัฐอเมริกา แบบตัดขวาง (crosssection analysis) วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเชิงซ้อน (multivariate analysis) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ลันแมน, แอสพลัดและนอร์เบิร์ก (Lundman, Asplund & Norberg. 1990 : 255-262) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล Sundsvall ประเทศสวีเดน จำนวน 428 ราย พบว่า คุณภาพการดูแลตนเองในผู้ป่วยอายุมากจะดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อยจะมีความวิตกกังวล ขาดอิสระภาพ รู้สึกไม่ปลอดภัยและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยยังมีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินกิจวัตรประจำวันและกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 118-119) ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน ชาย หญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย พบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ เนื่องจากประชาชนในวัย 30 – 39 ปี ร่างกายมีความแข็งแรง อยู่ในวัยทำงานจะมีเจตคติและความพอใจ โดยเฉพาะในเรื่องอาชีพ การเลือกคู่ครองและการมีครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำให้ความสนใจมากที่สุด ส่วนประชาชนวัย 60 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลสูงอายุ เป็นวัยสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักและให้ความสนใจกับประชาชนกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเวลาว่างจากภารกิจหลักจึงทำให้มีโอกาสดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ มากขึ้น และจากการมีประสบการณ์ที่ผ่านมาตลอดช่วงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงสุขภาพตนเองจึงปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อได้ดีกว่าประชากรวัยอื่นๆ

บุรณี ชีพบริสุทธิ์ (2540 : 72) ศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต จากกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .1194$) อธิบายได้ว่าคนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวมักเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้น สนใจในการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีอายุอยู่ระหว่าง 21 – 40 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มหนุ่มสาวถึงช่วงกลางคน

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 78-79) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 113 ราย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกันเนื่องมาจากปัจจัยอื่น เช่น สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเชื่อและสื่อต่าง ๆ เป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเมื่อบุคคลยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยยังต้องดูแลตนเองมากขึ้นเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และคอยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเหล่านี้จึงไม่แตกต่างกันตามอายุ

รายได้กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

มอนติโร (Becker. 1974 : 31-32 ; Citing Montriro. 1973) พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะไปรับบริการทางด้านการแพทย์เพื่อป้องกันโรคและค้นหาโรคต่าง ๆ เช่น การตรวจสุขภาพฟัน การเอกซเรย์ปอด การให้ภูมิคุ้มกัน เป็นต้น น้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

เกศินี ไชนิล (2536 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดของโอโรมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์เบาหวานซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 80 ราย พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.3338$)

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 120-121) ศึกษาลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน ชาย หญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย พบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน คือการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง ที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป ดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า

วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2539 : 53-64) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยง ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุน ของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีวัยสูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรค โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพที่ดีกว่าสตรีที่มีรายได้ต่ำ

บุรณี ชีพบริสุทธิ์ (2540 : 71) ศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต จากกลุ่มตัวอย่าง 300 รายพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($r = .1550$) ซึ่งจะเห็นได้ว่ารายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน ผู้ป่วยที่มีรายได้ดีหรือรายได้เพียงพอ จะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดีเนื่องจากรายได้สูงจะเอื้ออำนวยความสะดวกให้แก่บุคคล ทำให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ไม่ต้องกังวลกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

อรรถ ศรีไทรล้น (2541 : 80) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 113 ราย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้แตกต่างกันมีการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคและการดูแลจากแพทย์ พยาบาล ที่รักษาและสื่อต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้จ่ายมากขึ้น และปัจจุบันโรงพยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุอยู่แล้ว ดังนั้นปัจจัยด้านรายได้จึงไม่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ปิยนุช ปัญญาธีระ (2542 : 96) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 279 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีรายได้ครอบครัวยุติกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาท และตั้งแต่ 3,000 – 8,000 บาท มีพฤติกรรมปฏิบัติแตกต่างจาก ผู้ที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 8,000 บาท เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน เน้นถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม มากกว่าพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีอำนาจในการจัดซื้ออาหารหรือสิ่งอำนวยความสะดวก รายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกซื้ออาหาร ผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีย่อมสามารถซื้ออาหารได้มากกว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนและอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ผู้ที่มีรายได้มาก

บุปผา อินตะแก้ว (2544 : 81) ศึกษาตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40 ถึง 50 ปี มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 333 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนโดยรวมอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 2.40 แต่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 97.60

อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.17 มีรายได้ส่วนตัวน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน และมีรายได้ครอบครัวเพียง 5,000 – 9,999 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 49.25) ซึ่งเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำและร้อยละ 12.91 มีรายได้ไม่เพียงพอและไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 28.53 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงจึงมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพที่ดีกว่าสตรีที่มีรายได้ต่ำ

ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรค

รูธ (เกติณี ไชนิล. 2536 : 46 ; อ้างอิงจาก Ruth. 1973 : 136-156) ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีการศึกษาค่ำ มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้ดีกว่ารวมทั้งเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ

มูเลนแคมป์และเซลเย่ (Muhlenkamp & Sayles. 1986 : 336) ได้ศึกษาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตนทางสุขภาพในเชิงบวก พบว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีสติปัญญาและสามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร เรียนรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี นอกจากนี้การศึกษายังเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาสามารถใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ที่ประสบผลสำเร็จมาแล้ว มาเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

เกติณี ไชนิล (2536 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวานโดย ใช้กรอบแนวคิดของโอเรมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์เบาหวานซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 80 ราย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.5929$)

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 119-120) ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน ชาย หญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน กล่าวคือ ประชาชนที่มีการศึกษาสูงมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาค่ำ

วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2539 : 53-64) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยง ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน และสตรีวัยสูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ

ในด้านการป้องกันโรค โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพที่ดีกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำ

กาญจนา เกษกาจณ์ (2541 : 81) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวาน จำนวน 100 ราย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 79) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 113 ราย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันการพัฒนาสาธารณสุขมีมากขึ้นมุ่งเน้นให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองและมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มากมายจึงทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทราบว่าตนเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถทำการรักษาให้หายได้ แต่สามารถควบคุมได้จึงพยายามแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเอง ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้เกิดการเรียนรู้และนำความรู้ไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ปิยนุช ปัญญาธีระ (2542 : 92-93) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 279 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจกับสิ่งที่เรียนรู้ได้อย่างถูกต้อง มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

ธนพร วงศ์จันทร์ (2543 : 120) ศึกษาความรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุปผา อินตะแก้ว (2544 : 81) ศึกษาตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40 ถึง 50 ปี มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 333 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.60 ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน

โรคกระดูกพรุนโดยรวมไม่สม่ำเสมอ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาค่อนข้างน้อย คือ ร้อยละ 66.07 จบชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 3.00 ไม่ได้ศึกษา จึงสรุปได้ว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพในด้านการป้องกันโรค โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ระยะเวลาการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

คาลด์เวลล์และคนอื่น ๆ (ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล. 2538 : 89 ; อ้างอิงจาก Caldwell and others. 1970 : 579-592) ศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดการรักษาและกลุ่มที่ยังคงรักษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่คงรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีระยะเวลาในการเป็นโรคนานกว่าและมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า กลุ่มที่หยุดการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคนานมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดทั้งประสิทธิภาพของการรักษา จากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมาก่อนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยกว่า

เว็บและคนอื่น ๆ (Webb and others. 1984 : 633-643) ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร พบว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นโรค ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการควบคุมอาหาร

โอคอนเนอร์ และคนอื่น ๆ (O'Connor and others. 1987 : 697-701) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่รัฐอริโซนา ประเทศสหรัฐอเมริกา แบบตัดขวาง (crosssection analysis) วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเชิงซ้อน (multivariate analysis) พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

กาญจนา เกษกาจณ์ (2541 : 80) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวาน จำนวน 100 ราย พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .4960$)

อนันต์ สอนพวง (2541 : 88) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 518 ราย จากโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วยในการรักษาด้วยแผนปัจจุบันที่มากกว่า 10 ปี มีการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากขึ้นเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะเวลายาวนานขึ้น อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์มากขึ้น หรืออาจเกิดจาก

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ถึงร้อยละ 53.6 ทำให้เกิดอาการไม่สบายต่างๆ ทำให้ต้องมาพบแพทย์บ่อยขึ้น หรือจากการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงประโยชน์ของการมารักษาตามนัด

ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 97-98) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 279 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดผู้ป่วยต้องมารับการรักษาจากแพทย์เป็นประจำทุก 1-2 เดือน และต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ กันเป็นระยะเวลานาน จึงรู้สึกเบื่อหน่ายละเลยต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระยะเวลาการเป็นโรคนานมากน้อยเพียงใด มีโอกาสได้รับประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันพอๆ กัน ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคต่างกันจึงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรค

ฮาลาล (Hallal. 1982 : 137-142) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพและการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 207 ราย พบว่า สตรีร้อยละ 80 มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมด้วยการปฏิบัติโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองเนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คาราค็อก และอีรีนัส (Karakoc & Erenus. 1998 : 102-106) ศึกษาในประเทศตุรกีเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาด้วยฮอร์โมน พบว่า สตรีที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกพรุน มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้ฮอร์โมนทดแทนที่เพิ่มมากขึ้น

กรูบส์และทาบูโน (Grubbs & Tabuno. 2000 : 164-167) ศึกษาการใช้ครีมกันแดดในบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 100 ราย พบว่า การใช้ครีมกันแดดเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งผิวหนังนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งผิวหนัง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่มีอาการของการเกิดโรคมะเร็งผิวหนัง

วัลภา ผิวทน (2527 : 116) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกัน

โรค จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคของบุตร โดยจะนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มาการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 246 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

บุรณี ชีพบริสุทธิ์ (2540 : 67-68) ศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต จากกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า คนที่มีร่างกายแข็งแรงมีโอกาสเจ็บป่วยน้อยมาก ร้อยละ 73.30 และการที่ตนเองรู้วิธีป้องกันโรคเอดส์ย่อมไม่เป็นโรคเอดส์ร้อยละ 53.30 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพราะเข้าใจถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ธารรัตน์ ดวงแข (2541 : 70) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วยในการรับยาครั้งที่สอง ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 165 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญ

ปิยมาภรณ์ นิมสุวรรณ (2541 : 71) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในกรุงเทพมหานคร จากจำนวนตัวอย่าง 200 ราย เป็นสตรีที่มรอายุ 40-59 ปี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เกิดอาการร้อนวูบวาบ เกิดภาวะกระดูกพรุนหรือเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือด โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดีเนื่องมาจากการรับรู้ดังกล่าวเป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการของการเปลี่ยนแปลง หรืออาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงวัยหมดประจำเดือน แต่อาการดังกล่าวอาจไม่ได้เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างทุกคนหรือยังไม่ปรากฏอาการในขณะนั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่เคยรับรู้มาก่อนว่าในวัยหมดประจำเดือนจะมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น เป็นผลให้คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี

ชนิดดา สุจริตต์ (2543 : 45) เรื่องความเชื่อสตรีอายุระหว่าง 30-50 ปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดในระดับปานกลางและพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี

บุปผา อินตะแก้ว (2544 : 85-86) ศึกษาตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40 ถึง 50 ปี มีภูมิสำเนาและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 333 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุนระดับค่อนข้างต่ำเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีดัชนีมวลกายปกติ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัดและนอกจากนี้สตรีกลุ่มนี้ส่วนมากอยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงสุขภาพดี ยังไม่เห็นความสำคัญหรือไม่ตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกพรุน ประกอบกับโรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการทันทีทันใดและใช้เวลาในการแสดงอาการนาน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

โอเวน (Owen. 1970 : 502) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 148 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยเน้นให้เห็นถึงความรุนแรง และความน่ากลัวพร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการไปตรวจโรคในระยะเริ่มแรก หลังจากนั้นก็มี การวัดทัศนคติและการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 2 ให้ได้รับข่าวสารแบบธรรมดาไม่เน้นความน่ากลัวเหมือนกลุ่มแรก หลังจากนั้นมีการวัดทัศนคติและการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวานพบว่า ไม่แตกต่างกัน

อล็อกนา (Alogna. 1980 : 533-534) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษามีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทั้ง ๆ ที่ทั้งสองกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกินความเป็นจริงนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อควบคุมโรคของตน

ไวเบอร์กอร์, กรีน, แมนลินและเจอร์น (Wineberger, Greene, Manlin & Jerin. 1981 : 1253-1255) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในบุคคลที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่พบว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพ ส่วนบุคคลที่สูบบุหรี่มีการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ แต่ไม่รับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

บุรณี ชีพบริสุทธิ์ (2540 : 68) ศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต จากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน พบว่า ในด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าโรคเอดส์สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเอดส์ราคาสูงและญาติพี่น้องของผู้ป่วยมีการถูกรังเกียจจะเห็นได้ว่าผู้บริจาคโลหิตมีการรับรู้โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ธารรัตน์ ดวงแข (2541 : 70) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วยในการรับยาครั้งที่สอง ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 165 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการป่วยด้วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญ

ปิยมาภรณ์ นิมสุวรรณ (2541 : 71) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในกรุงเทพมหานคร จากจำนวนตัวอย่าง 200 ราย เป็นสตรีที่มีอายุ 40 ถึง 59 ปี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการรับรู้ว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนถ้ามีไขมันในเลือดสูงอาจทำให้เกิดโรคของหลอดเลือดและหัวใจได้ง่าย การดื่มชา กาแฟ มากกว่าวันละ 3 แก้ว จะมีผลทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น ซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพ

ชนิดา สุรจิตต์ (2543 : 45) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคกระดูกพรุนในโรงพยาบาลสตรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคกระดูกพรุน

บุปผา อินตะแก้ว (2544 : 85-86) ศึกษาตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40-50 ปี มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 333 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคกระดูกพรุนค่อนข้างสูง เพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าถ้าเกิดโรคกระดูกพรุนจะมีผลกระทบต่อนตนเอง ครอบครัว การทำงานและสังคม ในระดับรุนแรงค่อนข้างสูงมากประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67-87 เป็นกลุ่มประกอบอาชีพการประกอบอาชีพจะช่วยให้สตรีมีการรวมกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงมองเห็นถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากโรคกระดูกพรุนสูง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

เคจีเลส และคนอื่นๆ (Kegeles and others. 1965 : 815-823) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร และการเชื่อในผลประโยชน์ในการค้นหามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีกลุ่มอายุ 21-34 ปี อายุ 45-54 ปี และอายุ 55-64 ปี มีความเชื่อในเรื่องผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่มีความเชื่อในเรื่องผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในระยะเริ่มแรกจะมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเชื่อในผลประโยชน์ในทุกปัจจัยทางด้านประชากรศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง แต่งงานแล้ว และมีระดับการศึกษาที่ดี จะพบว่ามี ความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งมดลูกสูง

ชูลเตอร์ (Schlueter. 1980 : 348-353) ศึกษาถึงความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งด้วยตนเองระหว่างกลุ่มนักกีฬา และกลุ่มที่ไม่ใช่ นักกีฬาสตรี จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 263 ราย พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์สูงมาก แต่ความบ่อยครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนยังต่ำ อาจเนื่องมาจากตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคลของการรับรู้ หรือผลจากตัวกระตุ้นภายนอก คือ แรงจูงใจ ขาดคำแนะนำจากสื่อ จากบุคลากรทางการแพทย์ ขาดความรู้ในการปฏิบัติหรือขาดทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือขาดความเชื่อมั่น

รูทีดจ์ (Rutledge. 1987 : 117-121) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะความเชื่อหรือการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เป็นเหตุผลที่ทำให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

บุรณี ชีพบริสุทธิ์ (2540 : 68) ศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต จากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน พบว่า ในด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเอดส์ส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตดี การไม่สำส่อนทางเพศป้องกันโรคเอดส์ได้และการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทำให้มั่นใจว่าไม่ติดโรคเอดส์แสดงว่าผู้บริจาคโลหิตมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งจะให้ผลดีต่อตนเองในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

ธารรัตน์ ดวงแข (2541 : 70) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคที่มาพร้อมกับผู้ป่วยในการรับยาครั้งที่สอง ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 165 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยด้วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญ

ปิยมาภรณ์ นิมสุวรรณ (2541 : 71) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในกรุงเทพมหานคร จากจำนวนตัวอย่าง 200 ราย เป็นสตรีที่มีอายุ 40 ถึง 59 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์สูงในการปฏิบัติตัวในการปฏิบัติตัวด้วยการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายในการป้องกันโรคกระดูกพรุน ที่สามารถทำให้กระดูกแข็งแรง

บุปผา อินตะแก้ว (2544 : 81) ศึกษาตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40 ถึง 50 ปี มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 333 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนระดับค่อนข้างสูง

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

ไอเซน, เซลแมนและแมคอะลิสเตอร์ (Eisen, Zellman & Mc Alister. 1985 : 185-210) ศึกษาการให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อในการป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า การให้โปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคต่อการคุมกำเนิดลดลงกว่าก่อนการให้สุขศึกษา และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันตั้งการครรภ์ขึ้น

แชมเปียน (Champion. 1991 : 733-739) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในผู้หญิงตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหากบุคคลมีการรับรู้ว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเป็นสิ่งยุ่งยาก การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคก็จะลดต่ำลงด้วย

ลี (Lee. 2000 : 168-175) ศึกษาความรู้ สิ่งชักนำและแรงจูงใจที่สัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกของสตรีชาวอเมริกันเชื้อชาติเกาหลี่ จำนวน 102 รายพบว่า อุปสรรคในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก (Papsmear) คือไม่มีเวลาในการมาตรวจ เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ต้องทำงานวันละหลายชั่วโมง ค่าใช้จ่ายในการตรวจเนื่องจากไม่มีการประกันสุขภาพและกลัวการตรวจ

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ อุปสรรคในการดูแลตนเองในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

บุรณี ชีพบริสุทธิ์ (2540 : 68-69) ศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต จากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน พบว่า ในด้าน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าการเปลี่ยนใบมีดโกนที่ใช้ร่วมกับ ผู้อื่นไม่เป็นการฟุ่มเฟือยและการไปโรงพยาบาลเพื่อทำแผล ฉีดยาไม่เป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลา ค่าใช้จ่ายสูง การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีไม่ใช่เรื่องยุ่งยากและไม่สะดวก จะเห็นได้ว่าผู้ บริจาคโลหิตส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่า ค่าใช้จ่าย การเสียเวลา ความยุ่งยากต่าง ๆ เป็นอุปสรรคใน การป้องกันโรคแต่ควรคำนึงถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น และความรู้สึกเกรงใจเป็นสิ่งที่ทำให้เป็น อุปสรรคในการป้องกันโรค

ธารารัตน์ ดวงแข (2541 : 70) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ป่วยวัณโรคที่มา พร้อมกับผู้ป่วยในการรับยาครั้งที่สอง ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 165 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยด้วยวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญ

ปิยมาภรณ์ นิมสุวรรณ (2541 : 73) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของ สตรีวัยหมดประจำเดือน ในกรุงเทพมหานคร จากจำนวนตัวอย่าง 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในวัยหมดประจำเดือนต่ำ เนื่องจากมองการปฏิบัติว่าเป็น เรื่องที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่เสียค่าใช้จ่าย ถึงแม้จะรับรู้ถึงอุปสรรค ในส่วนของการไม่มี เวลาในการเลือกรับประทานอาหารแคลเซียมสูงและการออกกำลังกายบ้างแต่เป็นส่วนน้อย

จิตอาวี ศรีอาคะ (2543 : 48) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และพฤติ กรรมการออกกำลังกายของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จังหวัดน่าน จำนวน 331 คน พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย

บุปผา อินตะแก้ว (2544 : 85-86) ศึกษาตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติ กรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40 ถึง 50 ปี มีภูมิลำเนา และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 333 คน ได้มาจากการสุ่ม แบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้อง กันโรคกระดูกพรุนระดับค่อนข้างต่ำ เนื่องจากพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนโดยการบริโภค อาหารที่มีแคลเซียมสูง การหลีกเลี่ยงหรืองดบริโภคสิ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน และ

การออกกำลังกายหรือการทำงานใช้แรง เป็นพฤติกรรมที่ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

โลเวรี และดูซีทท์ (Lowery & Ducette. 1976 : 358-362) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตนและอำนาจภายนอกตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่วงปีแรก กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรครมาแล้ว 3 ปี กลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรครมาแล้ว 6 ปี ผลการศึกษาพบว่า โดยส่วนรวมผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีลักษณะความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลและการซักถาม มีคำถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน

จุฬารัตน์ ตั้งตระกูล (2538 : 71) ศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายในตน-นอกตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลองมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรคเบาหวานดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .001$) ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการรักษาความสะอาดของร่างกาย

ชมพู วิสุทธิเมธีกร (2540 : 109) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรารัตน์ นารินทร์ (2540 : 88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

วิลาสินี แก้วชนะ (2541 : 90) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการใน คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ($r = .2692$) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ที่มีความเชื่อว่าตนจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับกระทำการของตนเอง มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องจึงสามารถทำให้ตนเองมีสุขภาพดีได้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ปราศจากภาวะแทรกซ้อนนั้น ควรมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการบริการที่คลินิกโรคเบาหวานนั้นจะเป็นอย่างไร น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ อีกทั้งยังมีปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องอีกคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Study)เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. กำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - ลักษณะของเครื่องมือ
 - ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - เกณฑ์ในการให้คะแนน และการแปลความหมาย
 - การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมารับการรักษาในคลินิกเบาหวานแล้วเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 16,217 คน (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2545 : 38)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 390 คน โดยได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ยามาเน่ (Yamane) และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) และมีวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของยามาเน (Yamane. 1967 : 583) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05 โดยใช้สูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\ &= \frac{16,217}{1 + 16,217(.05)^2} \\ &= 390 \text{ ราย} \end{aligned}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ

2. ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างมีระบบ (Systemmatic random sampling) จากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยมีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นและมีวิธีสุ่มดังนี้

2.1 เลือกทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วย ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินและมารับบริการที่คลินิกเบาหวานแล้วเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปีมาเรียงลำดับ

2.2 หาช่วงการสุ่ม (Sampling interval-i) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 88-89) (ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน จึงใช้จำนวนประชากร 2,700 ราย)

$$\begin{aligned} i &= \frac{N}{n} \\ &= \frac{2,700}{390} \\ &= 6.9 \rightarrow 7 \end{aligned}$$

เมื่อ N แทน จำนวนประชากร

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 สุ่มหน่วยเริ่มต้น โดยการจับฉลาก

2.4 หาหน่วยตัวอย่างต่อไป จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเป็นโรค ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สร้างจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน สร้างจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการงดสูบบุหรี่ การใช้ยา ด้านการดูแลเท้า ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านการพักผ่อนและการจัดการความเครียด และด้านการมาตรฐานนัด ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา การวัดผลการศึกษา การวัดและการประเมินทางสุขภาพศึกษา

3. สร้างแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 55 ข้อ ความเชื่ออำนาจภายในตนจำนวน 17 ข้อ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 120 ข้อ

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ตรวจเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 33 ข้อ ความเชื่ออำนาจภายในตนจำนวน 11 ข้อ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 100 ข้อ

6. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ได้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 26 ข้อ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 51 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสัมภาษณ์วัดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อความทางบวกและข้อความทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก (คะแนน)		ข้อความทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับต่ำ

2. แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อความทางบวกและข้อความทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก (คะแนน)		ข้อความทางลบ (คะแนน)	
เห็นด้วย	3		1
ไม่แน่ใจ	2		2
ไม่เห็นด้วย	1		3

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูง

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำ

3. แบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก (คะแนน)		ข้อความทางลบ (คะแนน)	
ปฏิบัติเป็นประจำ	2		0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1		1
ไม่เคยปฏิบัติ	0		2

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ระดับควรปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ แล้วนำผลการพิจารณาและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IC ถ้าได้ข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า แสดงว่า ข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะตัดข้อคำถามนั้นออก ได้ข้อคำถาม 144 ข้อ

2. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำมาตรวจให้คะแนน และทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ และหาค่าความเชื่อมั่นดังนี้

2.1 การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116-117) ได้ข้อคำถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ ได้ข้อคำถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจำนวน 6 ข้อ และได้ข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำนวน 51 ข้อ

2.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) โดยแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 ความเชื่ออำนาจภายในตนได้ค่าความเชื่อมั่น 0.68 และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11 กรกฎาคม – 19 สิงหาคม 2546 แล้วเลือกแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลและการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์ และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มีขั้นตอนดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.2 แบบสัมภาษณ์วัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนและแบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way analysis of variance) หรือแบบทดสอบค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4 และ 5 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

2.5 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6, 7, 8, 9 และ 10

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 35)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย
 $\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 n แทน จำนวนคน

1.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 65)

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

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวด้วยยกกำลังสอง
 $(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเรียกว่า Face validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 116)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาและแต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อไม่แน่ใจข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาหาค่าโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะ
พฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของแบบสัมภาษณ์
ความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
โดยวิธีวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (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

$\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y

$\sum x^2$ แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x

$\sum y^2$ แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อ
ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร (สุณี รักษา
เกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

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

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ แทน ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

S_t^2 แทน ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยทดสอบค่าที่ (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2544 : 166)

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

โดยมี

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

เมื่อ t	แทน	ค่าใช้พิจารณาใน t-distribution
$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ(Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way analysis of variance) หรือ ค่า เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2,3,4 และ 5 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2544 : 236)

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

เมื่อ F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F – distribution
MS_B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าพบว่าการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธี นิวแมน – คูลส์ (Newman – Keuls Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 252)

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

เมื่อ q แทน ค่า q – statistic ที่ได้จากตาราง

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

ถ้า n ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน ใช้สูตรดังนี้

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

เมื่อ

$$\bar{n} = \frac{K}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2, \dots, n_k$ แทนจำนวนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึง กลุ่มตัวอย่างที่ k

3.4 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน และความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6, 7, 8, 9, และ 10 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 314)

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน x และ y

N แทน จำนวนคนกลุ่มตัวอย่าง

Σx แทน ผลรวมคะแนนชุด x

Σy แทน ผลรวมคะแนนชุด y

Σxy แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง x และ y ทุกคู่

Σx^2 แทน ผลรวมของคะแนนชุด x แต่ละตัวกำลัง 2

Σy^2 แทน ผลรวมของคะแนนชุด y แต่ละตัวกำลัง 2

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน คะแนนเฉลี่ย
S	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t – distribution
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F – distribution
p	แทน ความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน ผลรวมของค่าคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square)
r	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียงดังปรากฏตามตาราง 1

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้ง 4 ด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้าน

สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแจกแจงหาความถี่ คิดเป็นร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบ ความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 2

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้จ่าย ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด และด้านการมาตรวจตามนัด โดยหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแล้วนำเสนอในรูปตาราง ประกอบความเรียงดังปรากฏตามตาราง 3

ตอนที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค โดยหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนดังปรากฏตามตาราง 4

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค ที่แตกต่างกันโดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F- test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4 และ 5

เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตาม วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method) ดังปรากฏตาม ตาราง 5, 6 และ 7

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6, 7, 8, 9 และ 10 ดังปรากฏตามตาราง 8

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาของการเป็นโรค

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	147	37.70
หญิง	243	62.30
2. อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	27	6.92
40 – 60 ปี	163	41.80
มากกว่า 60 ปี	200	51.28
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	123	31.54
ประถมศึกษา	78	20.00
มัธยมศึกษา	102	26.15
อุดมศึกษา	87	22.31
4. รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	83	21.28
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	98	25.13
8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	76	19.49
13,001 บาทขึ้นไป	133	34.10
5. ระยะเวลาการเป็นโรค		
น้อยกว่า 5 ปี	89	22.82
5 – 10 ปี	115	29.49
มากกว่า 10 ปี	186	47.69
รวม	390	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 390 คน จำแนกตามตัวแปรดังนี้

เพศ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.30 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 37.70

อายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51.28 รองลงมาเป็นอายุ 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.80 และอายุน้อยกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.92

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 31.34 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 26.15 ระดับอุดมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 22.31 และต่ำสุดคือระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 20.00

รายได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 34.10 รองลงมารายได้ 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.13 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 21.28 และจำนวนน้อยที่สุดรายได้ 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 19.49

ระยะเวลาการเป็นโรค ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคมามากกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.69 รองลงมา คือ 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.49 และจำนวนน้อยสุดคือ น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.82

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้ง 4 ด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแจกแจงหาความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน
จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านและโดยรวม และความเชื่ออำนาจภายในตน
ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพ					
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
	317	81.28	2.82	0.19	สูง
	64	16.41	2.13	0.19	ปานกลาง
	9	2.31	1.46	0.11	ต่ำ
รวม	390	100.00	2.67	0.37	สูง
2. การรับรู้ความรุนแรง					
	292	74.87	2.84	0.18	สูง
	85	8.46	2.19	0.17	ปานกลาง
	13	0.26	1.53	0.22	ต่ำ
รวม	390	100.00	2.66	0.38	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์					
	356	91.28	2.88	0.17	สูง
	33	8.46	2.04	0.16	ปานกลาง
	1	0.26	1.60	0.00	ต่ำ
รวม	390	100.00	2.80	0.30	สูง
4. การรับรู้อุปสรรค					
	90	23.08	2.71	0.22	สูง
	146	37.43	1.98	0.18	ปานกลาง
	154	39.49	1.25	0.22	ต่ำ
รวม	390	100.00	1.86	0.60	ปานกลาง

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพ					
รวม 4 ด้าน	390	100.00	2.59	0.29	สูง
ความเชื่ออำนาจภายในตน					
ด้านสุขภาพ	223	57.18	2.56	0.14	สูง
	162	41.54	2.17	0.16	ปานกลาง
	5	1.28	1.63	0.07	ต่ำ
รวม	390	100.00	2.44	0.29	สูง

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 2.59, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.29) และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความเชื่ออยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 2.67, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.37)

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนมีความเชื่อในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 2.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.38)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความเชื่อในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 2.80 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.30)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความเชื่อในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 1.86, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.60)

มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 2.44, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.29)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้ง 8 ด้านได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด และด้านการมาตรวจตามนัด โดยหาค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียดและด้านการมาตรวจตามนัด

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
1. ด้านการควบคุมอาหาร					
	205	52.56	1.58	0.15	ดี
	183	46.92	1.19	0.15	พอใช้
	2	0.52	0.67	0.10	ควรปรับปรุง
รวม	390	100.00	1.39	0.25	ดี
2. ด้านการใช้ยา					
	350	89.74	1.79	0.19	ดี
	40	7.69	1.13	0.12	พอใช้
	-	-	-	-	ควรปรับปรุง
รวม	390	100.00	1.75	0.26	ดี

ตาราง 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะ แทรกซ้อน	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับการ ปฏิบัติ
3. ด้านการงดสูบบุหรี่					
	161	41.28	1.88	0.16	ดี
	122	31.28	1.20	0.16	พอใช้
	107	27.44	0.57	0.22	ควรปรับปรุง
รวม	390	100.00	1.36	0.52	ดี
4. ด้านการออกกำลังกาย					
	93	23.85	1.68	0.17	ดี
	194	49.74	1.08	0.19	พอใช้
	103	26.41	0.45	0.12	ควรปรับปรุง
รวม	390	100.00	1.07	0.48	พอใช้
5. ด้านการดูแลเท้า					
	198	50.77	1.61	0.20	ดี
	162	41.54	1.06	0.17	พอใช้
	30	7.69	0.53	0.12	ควรปรับปรุง
รวม	390	100.00	1.62	0.20	ดี
6. ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป					
	216	55.38	1.61	0.19	ดี
	163	41.80	1.08	0.18	พอใช้
	11	2.82	0.48	0.20	ควรปรับปรุง
รวม	390	100.00	1.36	0.35	ดี

ตาราง 3 (ต่อ)

พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
7. ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด					
	151	38.72	1.63	0.19	ดี
	221	56.67	1.07	0.18	พอใช้
	18	4.6.	0.51	0.10	ควรปรับปรุง
รวม	390	100	1.26	0.37	พอใช้
8. ด้านการมาตรวจตามนัด					
	187	47.95	1.56	0.16	ดี
	193	49.49	1.27	0.13	พอใช้
	10	2.56	0.67	0.10	ควรปรับปรุง
รวม	390	100.00	1.32	0.36	พอใช้
พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้ง 8 ด้าน					
	221		1.52	0.12	ดี
	169		1.39	0.15	พอใช้
	-		-	-	ควรปรับปรุง
รวม	390	100.00	1.35	0.23	ดี

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 39 คนจำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในด้านต่างๆ และรวมทุกด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.35, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.23) และพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า

ด้านการควบคุมอาหาร มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.39, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.25)

ด้านการใช้ยาที่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.75, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.26)

ด้านการดื่มน้ำที่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.36, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.52)

ด้านการออกกำลังกายที่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 1.07, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.48)

ด้านการดูแลเท้าที่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.62, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.20)

ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปที่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.36, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.35)

ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 1.26, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.37)

ด้านการมาตรวจตามนัดมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.32, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.36)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค โดยหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การป้องกัน ภาวะแทรก ซ้อน
1. เพศ				
ชาย	147	1.32	0.27	พอใช้
หญิง	243	1.38	0.20	ดี
2. อายุ				
น้อยกว่า 40 ปี	27	1.19	0.31	พอใช้
40 – 60 ปี	163	1.36	0.22	ดี
มากกว่า 60 ปี	200	1.37	0.22	ดี
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	123	1.31	0.20	พอใช้
ประถมศึกษา	78	1.34	0.25	ดี
มัธยมศึกษา	102	1.35	0.25	ดี
อุดมศึกษา	87	1.41	0.22	ดี

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม การป้องกันภาวะ แทรกซ้อน
4. รายได้				
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	83	1.30	0.21	พอใช้
3,000 – 8,000 บาท/เดือน	98	1.31	0.24	พอใช้
8,001 – 13,000 บาท/เดือน	76	1.35	0.23	ดี
มากกว่า 13,001 บาท/เดือน	133	1.42	0.22	ดี
5. ระยะเวลาของการเป็นโรค				
น้อยกว่า 5 ปี	89	1.31	0.25	พอใช้
5 – 10 ปี	115	1.33	0.24	พอใช้
มากกว่า 10 ปี	186	1.38	0.22	ดี
รวม	390	1.35	0.23	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 390 คน มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 1.35 อยู่ในระดับดี จำแนกตามตัวแปร ดังนี้

เพศ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.38 และเพศชายมีระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ย 1.32

อายุ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี และ 40 – 60 ปี มีระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดี คะแนนเฉลี่ย 1.37 และ 1.36 รองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี อยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 1.19

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 1.41 คะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือกลุ่มมัธยม

ศึกษาและประมณศึกษาคะแนนเฉลี่ย 1.35 และ 1.34 ส่วนกลุ่มต่ำกว่าประมณศึกษาคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.31 อยู่ในระดับพอใช้

รายได้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.42 รองลงมาคือกลุ่ม 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน คะแนนเฉลี่ย 1.35 ส่วนกลุ่มที่มี รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และ 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือนมีระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 1.30 และ 1.31 ตามลำดับ

ระยะเวลาการเป็นโรค พบว่า กลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็นโรคมานานกว่า 10 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 1.38 รองลงมาคือกลุ่ม 5 – 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.33 และ 1.31 และมีระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนพอใช้

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค ดังปรากฏดังตาราง 5, 6 และ 7

ตาราง 5 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{x}$	s	t	p-value
ชาย	147	1.32	0.27	2.42	.016
หญิง	243	1.38	0.20		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าเพศชาย

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตาม
ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.79	0.40	7.70*	.001
	ภายในกลุ่ม	387	19.88	0.05		
	รวม	389	20.67			
2.ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	0.50	0.16	3.16*	.025
	ภายในกลุ่ม	386	20.18	0.05		
	รวม	389	20.68			
3. รายได้	ระหว่างกลุ่ม	3	0.97	0.32	6.31*	.000
	ภายในกลุ่ม	386	19.71	0.05		
	รวม	389	20.68			
4. ระยะเวลาการ เป็นโรค	ระหว่างกลุ่ม	2	0.29	0.14	2.73	0.066
	ภายในกลุ่ม	387	20.39	0.05		
	รวม	389	20.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

รายได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4

ระยะเวลาการเป็นโรค ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5

พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ดังตาราง 7

ตาราง 7 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนรายคู่ของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ที่คลินิกเบาหวานจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา และรายได้

ตัวแปรที่ศึกษา			น้อยกว่า 40 ปี	40 – 60 ปี	มากกว่า 60 ปี	
	n	$\bar{X}$	1.19	1.36	1.37	
1. อายุ						
น้อยกว่า 40 ปี	27	1.19	-	0.17*	0.18*	
40 – 60 ปี	163	1.36	-	-	0.01	
มากกว่า 60 ปี	200	1.37	-	-	-	
2.ระดับการศึกษา			ต่ำกว่าประถมฯ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	n	$\bar{X}$	1.31	1.34	1.35	1.41
ต่ำกว่าประถมฯ	123	1.31	-	0.03	0.04	0.10*
ประถมศึกษา	78	1.34	-	-	0.01	0.07
มัธยมศึกษา	102	1.35	-	-	-	0.06
อุดมศึกษา	87	1.41	-	-	-	-
3. รายได้			ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	3,000-8,000 บาท/เดือน	8,001-13,000 บาท/เดือน	13,001 บาทขึ้นไป
	n	$\bar{X}$	1.30	1.31	1.35	1.42
ต่ำกว่า3,000 บ/ด	83	1.30	-	0.01	0.05	0.12*
3,000-8,000 บ/ด	98	1.31	-	-	0.04	0.11*
8,001-13,000 บ/ด	76	1.35	-	-	-	0.07
13,001 บาทขึ้นไป	133	1.42	-	-	-	-

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุ 40 – 60 ปี และ มากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 40-60 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 60 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำกว่าประถมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดยที่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า

รายได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีรายต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และ 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือนมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6, 7, 8, 9 และ 10 ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้านและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับความเชื่อด้านสุขภาพ และกับ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S	r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน	2.67	0.37	0.375*	.00
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน	2.65	0.38	0.385*	.00
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	2.80	0.30	0.354*	.00
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	1.80	0.60	-0.203*	.00
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	2.44	0.29	0.332*	.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .375$) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 6

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.5 ($r = .385$) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 7

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .354$) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.203$) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 9

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .332$) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 10

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
7. การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
8. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
9. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
10. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 16,217 ราย (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2545 : 38)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 390 ราย โดยได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรยามานะ (Yamane. 1967 : 583) และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเป็นโรค ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 6 ตอนดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้ง 4 ด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจภายใน ดนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแจกแจงหาความถี่คิดเป็นค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้ง 8 ด้านได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด และด้านการมาตรวจตามนัด โดยหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค โดยหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค ที่แตกต่างกันโดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F- test)

เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตาม วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method)

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และความเชื่ออำนาจภายใน ดนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.30 เป็นเพศชายร้อยละ 37.70

1.2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 51.28

1.3 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 31.54 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 26.15

1.4 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 34.10 รองลงมาคือรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 25.13

1.5 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคมามากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 47.69

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 2.59, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.29)

3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 2.44, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.29)

4. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมทั้ง 8 ด้านอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 1.35, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.23) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

4.1 ด้านการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 1.39, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.25) ร้อยละ 52.56 พอใช้ร้อยละ 46.92 ควรปรับปรุงร้อยละ 0.52

4.2 ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับดี(ค่าเฉลี่ย = 1.75 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.26) ร้อยละ 92.31 พอใช้ร้อยละ 7.69

4.3 ด้านการงดสูบบุหรี่ อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 1.36, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.52) ร้อยละ 41.28 ระดับพอใช้ร้อยละ 31.28 และควรปรับปรุงร้อยละ 27.44

4.4 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 1.07, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.48) ร้อยละ 49.74 ระดับดีร้อยละ 23.85 และควรปรับปรุงร้อยละ 26.41

4.5 ด้านการดูแลเท้า อยู่ในระดับดีร้อยละ 50.77 (ค่าเฉลี่ย = 1.62, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.20) ระดับพอใช้ร้อยละ 41.54 และควรปรับปรุงร้อยละ 7.69

4.6 ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 1.36, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.35) ระดับพอใช้ร้อยละ 41.80 และควรปรับปรุงร้อยละ 7.69

4.7 ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 1.26, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.37) ร้อยละ 56.67 ระดับดีร้อยละ 38.72 และควรปรับปรุงร้อยละ 4.6

4.8 ด้านการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 1.32, ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.36) ร้อยละ 49.49 ระดับดีร้อยละ 47.95 และควรปรับปรุงร้อยละ 46.92

5. ผลการเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

5.1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าเพศชาย

5.2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.3 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.4 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่รายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกัน

5.5 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่แตกต่างกัน

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และความเชื่ออำนาจภายใน ดนต้ายสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

6.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.5 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อยู่ในระดับดี ผลการศึกษาค้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านออกกำลังกาย การพักผ่อนและการจัดการความเครียด การมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 49.74, 56.67 และ 49.49 (ตาราง 3) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจึงมีวุฒิภาวะที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับสูงเช่นกัน จึงเชื่อมั่นและยอมรับว่าการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งที่ดีและควรปฏิบัติ จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคดีและปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม

1.1 ด้านการควบคุมอาหาร ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดีร้อยละ 52.60 และระดับพอใช้ร้อยละ 46.30 เมื่อพิจารณารายชื่อ (ภาคผนวก ค) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูติดมัน แกงกะทิ แกงมัสมั่น แกงเทโพ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง (ค่าเฉลี่ย = 1.11) และยังรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น ปลาทอด ไข่เจียว ไก่ทอด หมูทอดอยู่ (ค่าเฉลี่ย =

0.97) ซึ่งผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมากและอาหารที่ใส่กะทิและควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันเพราะจะทำให้ไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัวและเกิดโรคหัวใจขาดเลือดง่ายขึ้น (วลัย อินทรมพรรย. 2537 : 37) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ขนุน ทุเรียน มะม่วงสุก ลองกอง เงาะและผลไม้สุกอื่นอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 1.23) อาจเนื่องมาจากขณะที่ศึกษาเป็นช่วงฤดูกาลของผลไม้เหล่านี้ ผู้ป่วยจึงจัดหาหรือซื้อได้สะดวกและราคาไม่แพง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 66) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะรับประทานผลไม้ประเภท ส้ม ฝรั่ง ชมพู เนื่องจากช่วงที่ศึกษาอยู่ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ซึ่งผลไม้นี้มีจำนวนมาก เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชูจิตร์ เปล่งวิทยา (2531 : 17) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะชอบรับประทานอาหารประเภทแป้ง น้ำตาลและผลไม้ที่มีรสหวาน แต่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานเพราะผู้ป่วยเบาหวานควรลดหรือหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลในอาหาร ขนมหวาน ผลไม้หวานจัด การควบคุมอาหารที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันไม่ให้อัตราน้ำตาลในเลือดสูง และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมและมีโภชนาการที่ดี (เทพ หิมะทองคำและคณะ .2545 : 93) และสอดคล้องกับ วลัย อินทรมพรรย (2532 : 55) ที่กล่าวว่า การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมากในการรักษาเบาหวาน แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาแล้วก็ตามยังจำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และยังเป็นการช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดจากโรคเบาหวาน

1.2 ด้านการใช้ยา ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการใช้ยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 89.74 และอยู่ในระดับพอใช้เป็นร้อยละ 10.26 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ภาคผนวก ค) พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาหรือฉีดยาเบาหวานไม่ตรงเวลา (ค่าเฉลี่ย = 1.24) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาเร็วว่าและช้ากว่าครึ่งชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยบอกว่ากลัวลืมจึงรับประทานหลังอาหารทันที บางรายลืมรับประทานเมื่อคิดขึ้นได้ก็รับประทานแม้เวลาจะเกินครึ่งชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องรับประทานยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่งและตรงเวลา และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังใช้ยาหม้อหรือยาสมุนไพรอยู่บ้างโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ (ค่าเฉลี่ย = 1.28) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมศักดิ์ วราธศวี (2535 : 62) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีส่วนใหญรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพราะเข้าใจวิธีการใช้ยาผิดหรือมีอาหารของผู้ป่วยไม่ตรงกับเวลาที่แพทย์กำหนดให้รับประทานยาโดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานวันละหลายครั้งทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานในบางมื้อและมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ จันทรา

บริสุทธิ (2540 : 73) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 17.10 ใช้อาสมุนไพรร่วมกันการรักษาของแพทย์และไม่บอกให้แพทย์ทราบเพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิและจะไม่ให้ใช้

1.3 ด้านการงดสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการงดสูบบุหรี่ อยู่ในระดับดีร้อยละ 41.28 ระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 31.28 และควรปรับปรุงร้อยละ 27.44 เมื่อพิจารณารายข้อ (ภาคผนวก ค) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ และปิดปากปิดจมูกเมื่อต้องอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 1.12 และ 0.96) จากการสอบถามเพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างบอกว่ามีสมาชิกในครอบครัวบางคนสูบบุหรี่ เช่น สามี บุตร จึงหลีกเลี่ยงได้ค่อนข้างยากและรู้สึกเฉยๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา บริสุทธิ (2540 : 63) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ สูบบุหรี่มีเพียงส่วนน้อยที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 35.8 เมื่อต้องอยู่ที่มีควันบุหรี่หรือบริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ผู้ป่วยพยายามเดินหนีไปทางอื่นเมื่อมีคนสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่หรือการอยู่บริเวณที่มีควันบุหรี่นั้นเป็นอันตรายต่อโรคเบาหวาน ทราบแต่เพียงว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคปอด โรคหอบหืด และมีกลิ่นเหม็น

1.4 ด้านการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 49.70 ระดับดีและควรปรับปรุงร้อยละ 23.80 และ 26.40 ปัจจุบันการออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งในการรักษาเบาหวาน ผู้ป่วยควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสม จากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา บริสุทธิ (2540 : 64) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 64.2 ไม่ได้ออกกำลังกายโดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากทำไม่ไหวและคิดว่าทำงานทุกวันได้ออกกำลังกายอยู่แล้วเช่นเดียวกับการศึกษาของ มาลี จำนงผล (2540 : 74) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา มีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 51 ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายให้เหตุผลว่า การทำงานคือการออกกำลังกายร้อยละ 19.4 ทั้งนี้อาจอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีและเป็นผู้สูงอายุ สุขภาพไม่ค่อยดี มีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่นปวดเข่า นอกจากนี้อาจจะไม่เข้าใจหรือไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและผู้ป่วยเบาหวานบางคนก็มีภาระ เช่น ต้องดูแลบ้านและดูแลบุตรหลานจึงไม่มีเวลาออกกำลังกายและเป็นผลทำให้ขัดขวางการออกกำลังกาย จึงทำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้

1.5 ด้านการดูแลเท้า ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านการดูแลเท้าอยู่ในระดับดีร้อยละ 50.77 ระดับพอใช้ร้อยละ 41.54 และควรปรับปรุงร้อยละ 7.69 เมื่อพิจารณารายข้อ (ภาคผนวก ค) พบว่า กลุ่มตัวอย่างตรวจบริเวณนิ้วเท้าหรือฝ่าเท้าว่ามีการอักเสบหรือไม่อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 1.21) ใช้ครีมหรือโลชั่นสำหรับทาผิวบางๆ อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 0.68) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีผิวหนังที่เท้าแห้งควรใช้ครีมหรือโลชั่นสำหรับทาผิวบางๆ วัน

ละครังโดยเว้นบริเวณชอกนิ้วเท้า(วัลลา ดันตโยทัยและอดิษฐ์ สงดี. 2538 : 265) และการตัดเล็บในแนวตรงห่างผิวพอสมควรและไม่ตัดด้านข้างเล็บ(จุมกเล็บ)อยู่ในระดับพอใช้(ค่าเฉลี่ย = 1.13) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทราบริสุทธิ์ (2540 : 67) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ ทำนองเดียวกับการศึกษาของเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 70) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บบางรายไว้เล็บยาว ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่พบหรือเกิดสิ่งผิดปกติกับเท้าจึงยังไม่ตระหนักถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

1.6 ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับดีร้อยละ 55.38 ระดับพอใช้ร้อยละ 41.80 และควรปรับปรุงร้อยละ 2.82 เมื่อพิจารณารายข้อ (ภาคผนวก ค) พบว่าในเรื่องการตรวจสุขภาพฟันและช่องปากทุก 6 เดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 0.81) ซึ่งเทพ หิมะทองคำและคณะ (2545 : 85) กล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวานควรมาพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพฟันและช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และเมื่อมีปัญหาช่องปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สำหรับการพกถุงอมหรือทอฟฟี่และพกบัตรประจำตัวเบาหวานติดตัวเมื่อออกจากบ้านอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 0.87 และ 0.71) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 67) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 87.5 ไม่ได้พกถุงอมหรือทอฟฟี่ เมื่อออกจากบ้าน โดยให้เหตุผลว่าไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่พก เช่นเดียวกับการศึกษาของ มาลี จำนงผล (2540 : 78) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 87.50 ไม่ได้พกถุงอมหรือทอฟฟี่เมื่อออกจากบ้านโดยให้เหตุผลว่าไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่พก ทั้งนี้อาจเนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอาการขณะเดินทางหรือถ้าเกิดอาการก็สามารถหาซื้อถุงอมหรือน้ำตาลตามร้านค้าทั่วๆ ไปได้ ซึ่งเทพ หิมะทองคำ (2545 : 8) กล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรจะพกถุงอมหรือน้ำตาลทุกครั้งเวลาออกจากบ้านหรือเดินทางไกล

1.7 ด้านการพักผ่อนและการจัดการความเครียดผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมด้านการพักผ่อน และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้เป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 56.67 ระดับดีร้อยละ 38.72 และระดับควรปรับปรุงร้อยละ 4.60 เมื่อพิจารณารายข้อ (ภาคผนวก ค) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจได้ปรึกษาหรือระบายผู้ที่ไว้วางใจ ทำจิตใจให้สบายโดยสวดมนต์ไหว้พระ อ่านหนังสือธรรมะ ไปวัดในวันสำคัญทางศาสนาและไปพักผ่อนนอกสถานที่กับครอบครัว อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 1.00, 1.33, 0.96 และ 1.05) ซึ่งไวญญูฐิสถาปนาวัด (2544 : 96 – 99) กล่าวว่าความเครียดไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยจึงต้องเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

เช่น การทำใจให้สบาย มีอารมณ์ขันหรือใช้ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและจากการครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์หา บริสุทธิ์ (2540 : 73) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 34.6 เมื่อมีความคับข้องใจ มีความวิตกกังวลไม่ได้ระบายให้ใครฟังจะเก็บความคับข้องใจไว้คนเดียว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการศึกษครั้งนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ในชีวิตที่ผ่านมาอาจประสบกับอุปสรรคและปัญหามากมายสามารถเข้าใจและแก้ไขได้ด้วยตนเอง จึงไม่อยากจะระบายให้ใครฟัง มีความอดทนมากกว่า ประกอบกับมีประสบการณ์ที่ยาวนานและคิดว่าสามารถใช้ประสบการณ์ในอดีตแก้ปัญหาได้

1.8 ด้านการมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการมาตรวจตามแพทย์นัดได้ในระดับดีเพียงร้อยละ 47.95 และพอใช้ร้อยละ 49.49 ระดับควรปรับปรุงร้อยละ 2.56 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์สอนพวง (2541 : 77-78) พบว่าการมารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานสม่ำเสมอ ร้อยละ 69.9 และมารักษาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 30.1 โดยขาดการรักษาเฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด จึงมีความจำเป็นจะต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัดจึงเป็นพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการตรวจตามนัดก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยหลายประการอาจทำให้ทราบแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนล่วงหน้าและรับทราบเกี่ยวกับการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากโรคเบาหวาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค

2.1 เพศกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันกับภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 75) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ที่ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี พบว่าประชาชนเขตเมืองที่มีเพศแตกต่างกันมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ตรีนารถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 114) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกันมี

การดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 96) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทั้งทางกายและใจที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันหรือพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว มีการประกอบอาชีพนอกบ้าน มีการเข้าสังคมปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการบกพร่องในการปฏิบัติตนโดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้แสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้หญิงจะประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้น ซึ่งบทบาทการเป็นผู้ดูแลนี้จึงทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหรือมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่าเพศชาย ทั้งในภาวะเจ็บป่วยและในภาวะปกติ

2.2 อายุกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 40 - 60 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 60 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลันแมนแอสพลัดและนอร์เบอร์ก (Lundman, Asplund & Norberg. 1990 : 255-262) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล Sundsvall ประเทศสวีเดน พบว่าคุณภาพการดูแลตนเองในผู้ป่วยอายุมากจะดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อยจะมีความวิตกกังวล ขาดอิสรภาพ รู้สึกไม่ปลอดภัยและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยยังมีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 ; 118-119) พบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี แตกต่างกันไป โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่ากลุ่มอื่นๆ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกวิท เจริญตระกูล (2542 : 73) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อร์ไท ศรีไทรล้น (2541 : 76) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 97) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40-60 ปี และมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนที่มีอายุมากเป็นวัยที่เริ่มมีสุขภาพร่างกายเข้าสู่วัยร่วงเสื่อมถอยของชีวิต อาจมีปัญหาเกี่ยวกับ

สุขภาพและมีโรคประจำตัวต่างๆ มากมายจึงเป็นวัยที่จำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ซึ่งมีหน่วยงานมากมาย ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักและให้ความสนใจกับประชาชนกลุ่มนี้มากขึ้นเช่น กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ได้ดำเนินการช่วยเหลือทั้งด้านอุปโภคและด้านบริโภค รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเวลาว่างจากภาระกิจหลักจึงทำให้มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ มากขึ้น รวมทั้งการมีประสบการณ์ที่ผ่านมามากตลอดช่วงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงสุขภาพตนเองประกอบกับรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีความตระหนักถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าผู้ป่วยช่วงอายุอื่นๆ ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าเป็นช่วงวัยทำงาน มีภาระที่ต้องรับผิดชอบทั้งตนเองและครอบครัวและต้องหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวจึงทำให้อาจจะไม่มีเวลาที่จะดูแลสุขภาพ หรือให้ความสำคัญสุขภาพตนเองเท่าที่ควรและรับรู้ว่ามีโรคประจำตัว ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน

2.3 ระดับการศึกษากับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 โดยที่ผู้ป่วยมีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของมูเลนแคมป์และเซลเย (Muhlenkamp & Selye. 1986 : 336) ได้ศึกษาความเชื่อมั่นในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติตนทางสุขภาพในเชิงบวก พบว่าการศึกษช่วยให้บุคคลมีสติปัญญาและสามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารเรียนรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี นอกจากนี้การศึกษายังเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา สามารถใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยประสบผลสำเร็จมาแล้ว มาเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา เกษกาจน์ (2541 : 81) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 92-93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษต่างกันมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 98-99) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถศรีไทรล้วน (2541 : 79) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้อง

กับการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามรักษาที่คลินิกวันพุธโรงพยาบาลราชบุรี พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันแทรกซ้อนดีกว่าระดับต่ำกว่า ประถมศึกษา ซึ่งโอเร็ม (Orem. 1985: 108-109) กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีเจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องในด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า ประกอบกับความรู้ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นเรื่องในเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงน่าจะรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่ายกว่า และนอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาย่อมประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง ส่งผลให้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น และมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำด้วย กล่าวได้ว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษา จึงมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน กล่าวคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

2.4 รายได้กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และกลุ่ม 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือนซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 104) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 92) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 163) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรรถศรีไทรลั่น (2541 : 80) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 101 -102) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันและจากการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มี

รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจแสดงให้เห็นว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ผู้มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคได้ตามความต้องการ และรายได้ยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม ดังนั้นปัจจัยรายได้ รายได้ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรก ซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนแตกต่างกัน

2.5 ระยะเวลาการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วย เบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตก ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 5 แต่ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา ของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 97-98) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลราชบุรี พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2543 : บทคัดย่อ) ที่ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันมี พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544:105) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่าง กันมีการดูแลไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา เกษกาจณ์ (2541 : 80) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวาน จำนวน 100 ราย พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เบาหวาน ($r = .4960$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 89) ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีระยะ ระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน จากการ ศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ขาด ผู้ป่วยต้องมารับการตรวจจากแพทย์เป็นประจำทุก 1 – 3 เดือนและต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์ เพื่อไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเพราะถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของตนเองได้แล้วย่อมส่งผลให้โรคเป็นมากขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบ ต่างๆ ขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะได้รับรู้ถึงอันตรายเหล่านี้จากแพทย์พยาบาล จากสื่อต่างๆ

รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันจึงมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน ด้วยสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 6 ($r = .375$) นั่นคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงจะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีด้วย ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำจะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ดีด้วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไฮเนเซลมาน (Heinzelman & Bagleg. 1970 : 905-911) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ คาราโกกและอีรีนัส (Karakoe & Erenus. 1998 : 102-106) พบว่าสตรีที่มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้ฮอร์โมนทดแทนที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของธารารัตน์ ดวงแข (2541 : 70) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดา สุระจิตต์ (2543 : 45) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรูบส์และทาบูโน (Grubbs & Tabuno. 2000 : 164-167) พบว่า การใช้ครีมกันแดดเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งผิวหนัง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งผิวหนัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีอาการของโรคมะเร็งผิวหนัง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นของโรคนานมากกว่า 10 ปี โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แต่จะสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ถ้าปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งบุคคลที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น (Maiman & Backer. 1974 : 20) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง จะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีตามไปด้วย

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7 ($r = .385$) แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง จะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีด้วย แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ดีด้วย ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชารารัตน์ ดวงแข (2541 : 70) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงต่อการป่วยด้วยโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา สุจริตต์ (2543 : 45) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของพยาบาลสตรี เช่นเดียวกับการศึกษาของ เรณู กาลวิละ (2537 : 73) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากเหตุผลดังกล่าวอธิบายได้ว่านอกจากผู้ป่วยเบาหวาน มีการรับรู้ด้านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเดียวไม่เพียงพอ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้รุนแรงมาก แต่ภาวะแทรกซ้อนจะเกิด ความรุนแรงน้อยถ้าปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้จากทีมแพทย์พยาบาล และเพื่อนๆ ที่เป็นโรคเบาหวาน ได้มีการพูดคุยและนอกจากนี้ยังได้รับจากสื่อต่างๆ มากมายทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิต ครอบครัว การงานและสังคม เช่นถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติจะทำให้มีอาการหมดสติและถึงแก่ชีวิตได้ ถ้ามีน้ำตาลสูงเป็นเวลานาน อาจทำให้ตาบอดได้ และถ้าเป็นแผลที่เท้าแล้วไม่รักษาทำให้เกิดแผลเรื้อรังทำให้เกิดถูกตัดขาได้ ฯลฯ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงอันตราย หรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีตามไปด้วย

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .354$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 8 แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีด้วย แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ดีตามไปด้วย ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของแฮร์ริสและคณะ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความ

สัมพันธ์กับความร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน (Citing Janz and Backer. 1984 : 28) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของธารารัตน์ ดวงแข (2540 : 70) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อจากโรค แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พวงพยอม กาญญิณ (2526 : 116) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่รับรู้โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายมาก แต่สามารถป้องกันได้ หรือยืระยะเวลาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถ้าปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือโดยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคดี จะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีตามไปด้วย

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.203$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 9 แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดี แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ดี ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart. 1980 : 490) พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ แชมเปียน (Champion. 1991 : 733-739) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปพบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค หากบุคคลมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นสิ่งยุ่งยาก การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคก็จะลดต่ำลงด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : 55) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตอารี ศรีอาคะ (2543 : 48) พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะมาภรณ์ นิมสุวรรณ (2541 : 73) พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีการรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติตัวต่ำ เนื่องจากมองการปฏิบัติว่าเป็นเรื่องที่ยาก ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระยะเวลาในการเป็นโรคนาน แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด จึงมีการรับรู้ว่าตนเองต้องปฏิบัติตัวให้เหมาะสม จึงจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ โดยผู้ป่วยจะเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับผลทางด้านลบในการปฏิบัติหน้าที่ที่เกิดขึ้น ถ้าพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหน้าที่ในการศึกษาครั้งนี้ (ภาคผนวก ค) ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา การควบคุมอาหาร การรับประทานยาการดูแลสุขภาพสุขภาพทั่วไป (อยู่ในระดับต่ำ - พอใช้) จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดี

3.5 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .332$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีด้วย ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ก็จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ดี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพู วิสุทธิเมธีกร (2540 : 109) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี แฝ้วชนะ (2541 : 90) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2692$) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วราภรณ์ นารินรักษ์ (2540 : 88) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ และมีความเชื่อว่าตนจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับการทำงานของตนเอง มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพถูกต้อง ซึ่งความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของบุคคลมีการพัฒนาตามอายุ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Lowery. 1981 : 294) โดยผู้สูงอายุซึ่งอาจผ่านประสบการณ์ในชีวิตมากกว่า จึงมีความเชื่ออำนาจภายในตนดี จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีตามไปด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวานโรคพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาตามตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

40 ปีและผู้ป่วยที่มีรายได้และการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้และการศึกษาที่ต่ำกว่า ทั้งนี้เป็นเพราะตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของแต่ละบุคคล ดังนั้นปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวจึงมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมนุษย์จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ไม่ว่าความเชื่อนั้นจะถูกต้องหรือไม่ก็ตาม ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งการปฏิบัติตัวเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคซึ่งหมายถึงการรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ได้แก่ การรับรู้ว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา ซึ่งได้แก่ผลดีของการรักษาและสิ่งที่เป็นปัญหาของการรักษาดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย จึงทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี แต่มีบางด้านอยู่ในระดับพอใช้ เช่นด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด และด้านการมาตรวจตามนัด ดังนั้นควรมีการพัฒนาการให้สุขศึกษาโดยการให้มีการพัฒนาให้อยู่ในระดับที่ดียิ่งขึ้นและต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเสริมในเรื่องของรูปแบบและสื่อการสอน จัดให้มีการสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่มอย่างมีระบบมากขึ้น และเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคให้ครอบคลุมเนื้อหาทุกเรื่อง และเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียดและการมาตรวจตามนัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

2. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลควรคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนคือผู้ป่วยที่มีน้อยกว่า 40 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับควรปรับปรุง ซึ่งต้องเน้นให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตระหนักและเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติในทุกๆ เรื่อง

3. จากการศึกษาพบว่าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการตรวจฟันหรือสุขภาพของช่องปาก และไม่พบกับัตรประจำตัวเบาหวานเมื่อออกจากบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 0.81 และ 0.71) เนื่องจากไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลและไม่มีบัตรประจำตัวเบาหวาน ดังนั้นควรมีการประสานงานกับแพทย์ ให้ส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานเพื่อไปรับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันเป็นประจำทุกปี และให้คำแนะนำทุกครั้งที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก และควรมีการออกบัตรประจำตัวเบาหวานให้ผู้ป่วยในทุกครั้งที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยเบาหวานและมีการสังเกตร่วมด้วย เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหา สาเหตุและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างแท้จริง
2. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้โดยใช้กรอบแนวคิดอื่นๆ เช่น การรับรู้ความสามารถแห่งตน ตลอดจนศึกษาปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมบางประการ และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค
4. ควรมีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกต้องเป็นระยะๆ เช่น ทุก 6 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลและสามารถประเมินผลการให้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปปรับปรุงกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- เกศินี ไชนิล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ เรือนจันทร์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จริยาวัตร คมพัยคม. (2532). ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ สส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จารุพันธ์ สมณะ. (2541). การสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จิตร จิรรัตน์สถิต และมณี แก้วปลั่ง. (2543). ปรึกษาแพทย์เรื่องเบาหวาน. เชียงใหม่ : โครงการตำราหน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตอาวี ศรีอาคะ. (2543). การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสตรี). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จันทิมา โดษะนันท์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ 2543 : สถานะสุขภาพคนไทย*.
กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์.
- จรรจา สุวรรณทัต. (2536). "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก," ใน *เอกสารสอนชุดวิชาการ
พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8 – 10*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.
กรุงเทพฯ : สหมิตร.
- จันทร์หา บริสุทธิ์. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง*.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑาพร ดังตระกูล. (2538). *ผลการประยุกต์ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าของผู้ป่วยโรค
เบาหวาน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชนิดา สุจริตต์. (2534). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนใน
พยาบาลสตรี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสตรี). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ชูจิตร เปล่งวิทยา. (2531, ธันวาคม – กุมภาพันธ์). "อาหารผู้ป่วยเบาหวาน," *อายุรศาสตร์*. 1(1)
: 45 - 53
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิตร
การพิมพ์.
- ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์. (2541). "New Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus" ใน
วิทยา ศรีตามา, บรรณาธิการ. *โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติ 3*.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิคั พับลิเคชั่น.
- ชมพู่ วิสุทธิเมธีกร. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การ
รับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัย
กลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการ
พยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและ
การรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ตีรนาถ โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการใน
สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- ทรงพล ผุดผาด. (2541). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่
คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2545). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : บริษัทจูนพับลิชชิงจำกัด.
- ธนพร วงศ์จันทร์. (2543). ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
(การพยาบาลแม่และเด็ก). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ถ่ายเอกสาร.
- ธารารัตน์ ดวงแข. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน
เพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การ
พยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธิดิ สันบุญ. (2543). “ระบาคติวิทยาของโรคเบาหวาน,” ใน วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ. การดูแล
และรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิดี พับลิเคชั่น.
- ธีรพันธ์ วรรณศิริ. (2532). การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
ภายหลังการเดินบนสายพานเลื่อนที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราช เชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการ
การดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์
วท.ม (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา เย็นจำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดสาเหตุของบุคคลากรชาย
ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- นงลักษณ์ นฤวัตร. (2533). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจ เลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญทิพย์ ศิริรังศรี. (2539). ผู้ป่วยเบาหวาน : การดูแลแบบองค์รวม. นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุปผา อินตะแก้ว. (2544). ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสตรี). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- บุรณี ชีพบริสุทธิ์. (2540). การศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ ในผู้บริจาคโลหิต. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กระณสุต. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). ทศนคติ การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ ศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภัทร์ โสทธิโสภา. (2542). อาหารผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สุนิตย์ จันทรประเสริฐ และ สมพงษ์ สุวรรณวัลย์กร บรรณาธิการ. (2542). *Diabetic Education & Handbook*. กรุงเทพฯ : เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- ปิยะนุช ปัญญาธิระ. (2543). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยะมาภรณ์ นิมสุวรรณ. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ. (2545). สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2545. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชาภรณ์ จันทนกุล. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พงศ์อมร บุนนาค. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พวงพยอม การภิญโญ. (2526). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ภาณี ชนาธิปกรณ์ และคณะ. (2545, มกราคม-กุมภาพันธ์). "สุขภาพอนามัย ปัจจัยสำคัญของความอยู่ดีกินดี," เศรษฐกิจและสังคม. 39(1) : 8-23.
- ภานุพันธ์ พุฒสุข. (2542). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มาลี จำนงผล. (2540). พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มดีโก. (2534). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- เยาวลักษณ์ อนุรักษ์. (2543). กระบวนการสุศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ "ก้าวสู่ยุค 2000". กรุงเทพฯ : ชิกม่าดีไซน์กราฟฟิค จำกัด.

- เรณู กาวิละ. (2537). ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- รัชตะ นาวินและคณะ. (2530). ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลรามาริบัติ : ข้อมูลทางคลินิกและผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคลินิกอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เฉพาะโรคเบาหวาน รามาริบัติเวชสาร.
- ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล. (2538). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลือชา ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรารณ นารินรักษ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วัลภา ผิวน. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิลาสินี แฝวชนะ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ, และคนอื่น ๆ. (2539,ก.ค. – ก.ย.). “ ปัจจัยเสี่ยง ความรู้และพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีวัยสูงอายุ,” สารสภากาการ พยาบาล. 11(3) : 53-64.
- วิทยา ศรีดามาและคณะ. (2539). ตำราอายุรศาสตร์ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ศรีดามา และพันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์. (2541). การวินิจฉัยและการแยกประเภทโรคเบาหวานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : ยูบีดี พับลิเคชั่น.
- ไวคุณฐ์ สถาปนาวัตร. (2544). ทำอย่างไรจะไม่ถูกตัดขาเมื่อรู้ว่าเป็นเบาหวาน. กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง จำกัด.
- วรรณ นิธิยานันท์. (2538). คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.
- วรรณ นิธิยานันท์ บรรณาธิการ. (2539). การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.
- ศักดิ์ บวร. (2544). 50 วิธีปฏิบัติเมื่อคุณเป็นโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : บริษัทโอ เอ็ม จี การพิมพ์ จำกัด.
- สถิติแห่งชาติ,สำนักงาน. (2537). สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนิตย์ จันทรประเสริฐและคณะ. (2542). การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลตนเองในภาวะพิเศษ. กรุงเทพฯ : วิวัฒน์การพิมพ์.
- สุภาพ ไบแก้ว. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทร ดันทนันท์และวลัย อินทร์มรรย. (2532). คู่มือโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : สุภาพนิชการพิมพ์.
- สมณฑา เสรีรัตน์. (2539). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : อรุณสิลปครีเอชั่น.
- สุวิมล ฤทธิมนตรี. (2534). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยดับอีกเสบปี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2535). แรงสนับสนุนทางสังคมความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตน
ด้านสุขภาพความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล
ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล บรรณารักษ์. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมใจ ยิ้มวิไล. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบาง
ประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาพยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมศักดิ์ วราฮ์ทวี. (2535). พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่โรง
พยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่
: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (20 มกราคม 2546). สถิติสาธารณสุข.
(Online). แหล่งที่มา : [http : www.moph.go.th](http://www.moph.go.th).
- _____. (20 มกราคม 2546). สถิติสาธารณสุข. (Online). แหล่งที่มา : [http :
www.moph.go.th](http://www.moph.go.th).
- _____. (20 มกราคม 2546). สถิติสาธารณสุข. (Online). แหล่งที่มา : [http :
www.moph.go.th](http://www.moph.go.th).
- อนันต์ สอนพวง. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานในโรง
พยาบาลชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณี รัตนพิทักษ์. (2535). สรรวจอัตราการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : โรง
พยาบาลศิริราช.
- อรรช ศรีไทรล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรก
ซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อังคณา จิราจินต์. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
ของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- Alogna, M.. (1980, July-August). " Perception of severity of disease and health locus of control in compliance and noncompliance diabetic patients," *Diabetes Care*. 3(4) : 533-534.
- American Diabetes Association. (1997, January). " Screening for diabetes," *Diabetes care*. 20(1) : 22-23.
- _____. (1997, December). " The global burden of diabetes," *Diabetes Care*. 20(12) : 1972.
- ✓ Becker, M.H.. (1974). *The Health belief model and personal health behavior*. New Jersey : Charles B. Slack Inc.
- _____. (1990). " Theoretical Model of Adherence and strategies for Improving adherence," In Shumaker, S.A. Schron, E.B. & Ockene, J.K. (Eds.). *The Handbook of Health Behavior Change*. New York : Springer Publishing.
- Becker, M.H. , et al. (1977, May). " Selected Psychosocial Models and Correlation of Individual Health Related Behavior," *Medical Care*. 15(Supplement) : 27-46.
- Blackwell, Barry. (1972, November-December). " The Drug Defaulter," *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 13(6) : 841-848.
- Bloomgarden, Z.T.. (1996, March). " New and traditional treatment of glycemia in NIDDM," *Diabetes Care*. 19(3) : 295-299.
- Champion, V.L.. (1991, May-June) "The relationship of selected variables to breast cancer detection behaviors in women 35 and older," *Oncology Nursing Forum*. 18(5) : 733-739.
- Eisen, M., Zellman, G.L. & Mc Alister, A.L.. (1985, Fall). " A health belief model approach to adolescents' Fertility control : Some pilot program findings," *Health Education Quarterly*. 12(3) : 185-210.
- Felig, P. Bergman, M.. (1995). "The Endocrine Pancreas : Diabetes Mellitus," In Felig, P., Baxter, J.D., Frohman, L.A. (eds). *Endocrinology and Metabolism 3rd ed*. New York : McGraw-hill, Inc.
- Grubbs, L.M. & Tabano, M.. (2000, February). " Use of sunscreen in health care professional," *Cancer Nursing*. 23(1) : 164-167.

- Hallal, J.C.. (1982, May-June). "The Relationship of health beliefs, Health Locus of control and self concept to the practice of breast self examination in adult women," *Nursing Research*. 31(3) : 137-142.
- Heinzelmann, F. and Bagley, R.W.. (1970, October). "Response to Physical Activity Programs and the Effects on Health behavior," *Public Health Reports*. 8(5) : 905-911.
- Hershey, J.C., Morton, B.G., Davis, J.B. & Reihgoott, M.J.. (1980, October). "Patient compliance with antihypertensive medication," *American Journal of Public Health*. 70(10) : 1081-1089.
- Janz, N.K. & Becker, M.H.. (1984, Spring). "The health belief model : A decade later," *Health Education Quarterly*. 11(1): 1-47.
- Jasmin, S. and Trygstad, L.N. (1978). *Behavior Concept and The Nursing Process*. Saint Louis : The C.V. Mosby Company.
- Jennings, A.M. , et al. (1989, March). "Symptomatic hypoglycemia in NIDDM patients treated with oral hypoglycemia agents," *Diabetes Care*. 12(3) : 203-208.
- Kegles and Orthers. (1965, September). "Survey of Belief about Cancer Detection and Taking Papanicolaou tests," *Public health Reports*. 80(1) : 815-823.
- King, I.M.. (1981). *A Theory for nursing : a systems concept process*. New York : A Wiley medical publication.
- Lee, M.C.. (2000, June). "Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women," *Cancer Nursing*. 23(3) : 168-175.
- Luckmann, J. & Sorensen, K.C.. (1993). *Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiological Approach*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Lundman, B. , Asplund, K. , Norberg, A. (1990, August) "Living with Diabetes : Perceptions of well-being," *Research Nursing health*. 13(4) : 255-262.
- Lohn, Chritina. (1996, October). "Prevention of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) Among the Southern Cheyenne : An Analysis of Its Prevalance," *Dissertation Abstracts International*. 57(4) : 1709-A.
- Lowery, B.J.. (1981, September- October). "Misconceptions and limitations of locus of control and the I-E scale," *Nursing Research*. 30(11) : 294-298.

- Maiman, L.A. & Becker, M.H.. (1974, Winter). "The health belief model : Origins and correlates," *Psychological Theory Health Education Monograph*. 2(4) : 336-355.
- MikHail, B. (1981, October). "The health belief model : a review and critical evaluation of model, research and practice," *Advance in Nursing Science*. 4(1) : 65-82.
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A.. (1986, June-July). "Self-Esteem, Social and Positive Health Practice," *Nursing Research*. 35(6) : 334-338.
- Nelson, E.C. et al. (1978, November). "Impact of Patient Perception on Compliance with Hypertention," *Medical Care*. 16(12) : 893-906.
- Nuttall, F.O.. (1983, March-April). "Diet and Diabetic Patient," *Diabetes Care*. 6(2) : 197-207.
- O'Connor, P.J. and Orthers. (1987, November-December). "Metabolic Control in Noninsulin Dependent Diabetes mellitus : Factor Assosiation with Patient Outcomes," *Diabetes Care*. 10(6) : 1697-1701.
- Owen, S.L.. (1970, November). "The Relationship Betaween Health Attitude and Behavior," *The Journal of School health*. 40(9) : 502.
- Pender, N.J.. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. USA. : Appleton & lange.
- Phipps, W.J. , Long, B.C. & Wood , N.E.. (1983). *Medical Surgical Nursing*. 2nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Company.
- Rokeach, M.. (1970). *Belief Attitude and Value : A theory of organization and change*. San Francisco : Jossey Bass Inc.
- Rosenkranz, J., et al. (1996, November-December). "Phamacokinetics and safety of glimpiride and clinically effective dose in diabetic patients with renal imparement," *Diabetologia*. 39(5) : 1617-1624.
- Rosenstock, J., et al. (1996, November). "Glimeperide a new once daily sulfonylurea : A double blind placebo controlled study of NIDDM patient," *Diabetes Care*. 19(11) : 1194-1199.
- Rosett, J.. (1988, February). "Evaluation of protien in dietary management of diabetes mellitus," *Diabetes Care*. 11(2) : 143-148.

- Rotter, J.B.. (1966, March). "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement," *Psychological Monographs : General and Applied*. 80(1) : 2
- Rutledge, D.N.. (1987, March-April). "Factors related to women's practice of breast self-examination," *Nursing Research*. 36(2) : 117-121.
- Schluter, L.A.. (1980, November-December). "Knowledge and beliefs about breast cancer and breast self-examination among athletic and nonathletic women," *Nursing Research*. 31(6) : 348-353.
- Strecher, V.J. & Rosenstock, I.M.. (1997). "The Health Belief Model," In Glanz, K. , Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (Eds.). *Health Behavior and Health Education : Theory Research and Practice*. 2nd ed. San Francisco : Jossey Bass Publishers.
- Strickland, B.R.. (1978, December). "Internal external expectancies and health-related behavior," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45(12) : 1192-1211.
- Sorisky, A. & Robbins, O.C.. (1989, April). "Fish oil and diabetes," *Diabetes Care*. 12(4) : 302-304.
- Thom, S.L.. (1993, September). "Nutritional management of diabetes," *Nursing Clinics of North America*. 28(3) : 100.
- Tirrel, B.E. and Heart, L.K. (1980, September). "The Relationship of health Belief and Knowledge to Exercise Complication," *Patient after Coronary Bypass Heart & Lung*. 9(11) : 487-493.
- Wallston, B.S. and Wallston, K.A.. (1978, spring). "Locus of control and health : A review of the literature," *Health Education Monographs*. 6(1) : 107-117.
- Webb, K.L. and Orthers. (1984, August). "Dietary Compliance among Insulin-dependent Diabetes," *Journal of Disease*. 37(8) : 633-643.
- Weinberger, M. , Greene, J.Y., Mamlin, J.J. & Jerin, M.J.. (1981, November). "Health beliefs and smoking behavior," *The American Journal of public health*. 71(11) : 1253-1255.
- World Health Organization. (1994). *Prevention of diabetes mellitus*. Switzerland : Benteli.
- Yamane, Taro. (1967). *Statistic-An Introductory Analysis*. 2nd ed. New York : Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที รองศาสตราจารย์ระดับ 8
หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์นายแพทย์ธิตี สันบุญ อาจารย์นายแพทย์ระดับ 7
อาจารย์สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม
ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางสาวสุภัทรา พิทักษ์รัตนชัย พยาบาลวิชาชีพ 7
หัวหน้าหอผู้ป่วย ภาปร ชั้น 3
ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. อาจารย์วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง อาจารย์ระดับ 6
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ทม 1012/ 4923



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

25 มิถุนายน 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุภาณดา หนูรักษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌิมานุกร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวสุภัทรา พิทักษ์รัตนชัย พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วย ภาปร ชั้น 3 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวสุภาณดา หนูรักษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร ะหวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564914 มือถือ 01-8449824

ที่ ทม 1012/484.2



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 22 กรุงเทพฯ 10110

๗ มิถุนายน 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี หนูรักษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมากร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์วรวิมล กิ่งแก้วก้านทอง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม ให้ นางสาวสุภาวดี หนูรักษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564914 มือถือ 01-8449824



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทบ 1012/4843

วันที่ 24 มิถุนายน 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวสุภาณูดา หนูรักษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมากร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์เมธมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามให้ นางสาวสุภาณูดา หนูรักษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม 1012/4641

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๔ มิถุนายน 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี หนูรักษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมากร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ธิตี สันบุญ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม พฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ให้ นางสาวสุภาวดี หนูรักษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร ะวานนท์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564914 มือถือ 01-8449824



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖ มิถุนายน 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุภาจตุดา หนูรักษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุภาจตุดา หนูรักษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564914 มือถือ 01-8449824



ที่ ทม 1012/4864

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๔ มิถุนายน 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุภาณูดา หนูรักษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมาถุร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 390 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุภาณูดา หนูรักษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาถุร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564914 มือถือ 01-8449824

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวให้ผู้ตอบสัมภาษณ์รู้จัก บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เข้าใจวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ ตลอดทั้งสิทธิของผู้ตอบที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวสุภาณูดา หนูรักษ์ เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จะขออนุญาตสัมภาษณ์ จะใช้เวลาประมาณ 15 นาที ท่านยินดีจะให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้หรือไม่

ในการตอบคำถามครั้งนี้ดิฉันจะอ่านแบบสอบถามแต่ละข้อ และให้ท่านเลือกตอบคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบของท่านถือเป็นความลับ นำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ในระหว่างตอบคำถามถ้าท่านไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถามต่อไป ท่านสามารถยกเลิกการตอบได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น ขอขอบคุณในการร่วมมือ

สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินดีและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมโครงการ
(.....)
ลงชื่อ พยาน
(.....)

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 3 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. ข้อมูลที่ได้จากการแบบสัมภาษณ์นี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับโดยไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สุภาญดา หนูรักษ์

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตอบตามความเป็นจริงเพียงช่องเดียวเท่านั้น

1. เพศ
☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุปัจจุบันของท่าน (นับเป็นจำนวนเต็มปี)
☐ น้อยกว่า 40 ปี
☐ 40 - 60 ปี
☐ มากกว่า 60 ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
☐ อุดมศึกษา
4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของท่าน
☐ ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
☐ 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน
☐ 8,001 – 13,000 บาท ต่อเดือน
☐ 13,001 บาทขึ้นไป
5. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานของท่าน (นับเป็นจำนวนเต็มปีตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคเบาหวาน)
☐ น้อยกว่า 5 ปี
☐ 5 - 10 ปี
☐ มากกว่า 10 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบของทุกข้อให้ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ข้อเดียวเท่านั้นซึ่งในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	$\bar{x}$	s	ระดับ
<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน</u>				2.83	0.46	สูง
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องเป็นเวลานานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้						
2. โรคเบาหวานมีผลให้เกิดอาการชาตามปลายมือปลายเท้าได้				2.77	0.53	สูง
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดตาพร่ามัว เกิดต่อกระจก หรือตาบอดได้				2.81	0.53	สูง
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจเกิดแผลหรือฝีได้ง่ายถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก				2.64	0.64	สูง
5. ผู้ป่วยเบาหวานทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน				2.48	0.69	สูง
6. ผู้ป่วยเบาหวานทำให้มีโอกาสเกิดไตวายได้มากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน				2.59	0.66	สูง
7. ผู้ป่วยเบาหวานทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้ง่าย เช่น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ผิวหนังอักเสบ เป็นฝี ฯลฯ				2.60	0.64	สูง
8. ผู้ป่วยเบาหวานทำให้มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองได้				2.44	0.72	สูง
9. ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้				2.67	0.59	สูง
10. การเป็นโรคเบาหวานและไม่มาตรวจตามนัดมีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนได้				2.88	0.40	สูง

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	$\bar{x}$	s	ระดับ
<u>การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน</u> 1. การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าค่าปกติจะทำให้เป็นลมและหมดสติได้				2.81	0.40	สูง
2. การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้ตาบอดได้				2.68	0.46	สูง
3. การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้				2.40	0.68	สูง
4. การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดไตวายและมีความดันโลหิตสูง				2.61	0.65	สูง
5. การมีการติดเชื้อที่ผิวหนัง จะทำให้ผิวหนังอักเสบและเป็นฝี				2.56	0.63	สูง
6. การมีแผลที่เท้าถ้าไม่รับรักษามีโอกาสถูกตัดขาทั้งได้				2.87	0.38	สูง
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน</u> 1. การออกกำลังกายเช่นการเดิน การวิ่ง การเดินรำ การเล่นกีฬาบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้				2.86	0.39	สูง
2. การบริหารขาและเท้าจะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าดีขึ้น				2.88	0.39	สูง
3. การนั่งไขว่ห้าง นั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบเป็นเวลานานๆ จะทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าไม่ดี				2.81	0.45	สูง
4. การรักษาเท้าให้สะอาดเท้าและซอกนิ้วให้แห้ง ช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้า				2.85	0.40	สูง
5. เมื่อออกจากบ้านต้องพกถุงมือหรือทอปปี้ เพื่อป้องกันการเป็นลมจากน้ำตาลต่ำ				2.63	0.63	สูง

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	$\bar{x}$	s	ระดับ
<u>การรับรู้ประสบการณ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน</u>						
*1. การรับประทานอาหารให้ตรงเวลาทุกมื้อ เป็นภาระต่อผู้ป่วย				2.11	0.93	พอใช้
*2. การที่ต้องรับประทานยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดหรือฉีดอินซูลินทุกวันเป็นภาระสำหรับผู้ป่วย				2.13	0.87	พอใช้
*3. การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ทำได้ยากเพราะไม่มีเวลา				1.75	0.87	พอใช้
*4. การทำความสะอาดเท้าทุกวันเวลาอาบน้ำ ทำให้ยุ่งยากและต้องใช้เวลามาก				1.39	0.74	ต่ำ
*5. ท่านไม่สามารถควบคุมการบริโภคอาหารได้ เพราะไม่ได้ปรุงเอง				1.93	0.91	พอใช้

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบของทุกข้อให้ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ช่องเดียวเท่านั้นซึ่งในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความรู้สึกความไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	$\bar{x}$	s	ระดับ
*1. ท่านคิดว่าในบางครั้งถึงแม้ท่านปฏิบัติตัวอย่างดี ภาวะแทรกซ้อนของโรคก็เกิดขึ้นได้				1.44	0.63	ต่ำ
2. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้นท่านคิดว่าเกิดจากตัวท่านเอง				2.64	0.53	สูง
3. ท่านเชื่อว่าการปฏิบัติตัวของท่านเท่านั้นที่สามารถ ควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคได้				2.65	0.56	สูง
4. ท่านเชื่อว่ถึงแม้ท่านเป็นโรคเบาหวานท่านก็มีชีวิตที่มีความสุขได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น				2.63	0.62	สูง

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	$\bar{x}$	s	ระดับ
5. ท่านเชื่อว่าการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเป็นหน้าที่ของแต่ละบุคคลที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง				2.86	0.37	สูง
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้ด้วยตนเอง				2.43	0.62	สูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบของทุกข้อ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียง ช่องเดียวเท่านั้น ซึ่งในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำไม่สม่ำเสมอ

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่ได้ทำเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	$\bar{x}$	s	ระดับ
<u>ด้านควบคุมอาหาร</u>						
1. ท่านรับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ				1.57	0.59	ดี
2. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาหรือในเวลาที่ไม่ใกล้เคียงกัน				1.40	0.62	ดี
*3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูติดมัน แกงกะทิ แกงมัสมั่น แกงเทโพ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง				1.11	0.52	พอใช้
*4. ท่านรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น ปลาทอด ไข่เจียว ไก่ทอด หมูทอด ขนมทอด ก๋วยเตี๋ยว ฯลฯ				0.97	0.51	ควรปรับปรุง
*5. ท่านรับประทานของหวานใส่กะทิ เช่น บัวลอย ก๋วยเตี๋ยวชวี่ ข้าวเหนียวทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ฯลฯ				1.39	0.51	ดี
*6. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ขนุน ทุเรียน มะม่วงสุก และผลไม้สุกอื่นๆ ตามความพอใจ				1.23	0.56	พอใช้

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{x}$	s	ระดับ
7. ท่านหมั่นเวียนชนิดของอาหาร ไม่ให้ซ้ำ				1.43	0.56	ดี
8. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว				1.55	0.63	ดี
9. ท่านประกอบอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันงา ฯลฯ				1.87	0.41	ดี
<u>ด้านการใช้ยา</u>						
1. ท่านรับประทานยาหรือฉีดยารักษาโรคเบา หวาน ตามที่แพทย์สั่ง				1.87	0.38	ดี
2. ท่านรับประทานยาหรือฉีดยา ก่อนหรือหลังรับ ประทานอาหารครึ่งชั่วโมง				1.24	0.58	พอใช้
*3. เมื่อมีอาการดีขึ้นหรือคงที่ท่านหยุดยา โดย ไม่ปรึกษาแพทย์				1.78	0.52	ดี
*4. ท่านใช้ยาหม้อ ยาลูกกลอน ฯลฯ ร่วมกับยา รักษาเบาหวานโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์				1.28	0.52	พอใช้
*5. เมื่อท่านไม่ว่างท่านให้คนอื่นมารับยาแทน				1.81	0.46	ดี
<u>ด้านการสูบบุหรี่</u>						
*1. ท่านสูบบุหรี่				1.86	0.46	ดี
2. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่				1.12	0.84	พอใช้
3. ท่านปิดปากปิดจมูก เมื่อต้องอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่				0.96	0.83	พอใช้
<u>ด้านการออกกำลังกาย</u>						
1. ท่านออกกำลังกายเช่น เดินวิ่งเหยาะ รำมวยจีน การบริหารร่างกายหรือแอโรบิค อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที				1.24	0.76	พอใช้
2. เมื่อออกกำลังกายท่านสวมรองเท้าที่พอดีกับ เท้า				1.17	0.87	พอใช้
3. ท่านได้บริหารเท้าเป็นพิเศษ นอกเหนือจากการ ออกกำลังกายตามปกติ เช่น หมุนข้อเท้า				1.12	0.74	พอใช้
4. ท่านเตรียมลูกอมหรือน้ำหวานไว้พร้อมขณะที่ ออกกำลังกาย				0.65	0.79	พอใช้
5. ท่านหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึก เวียน ศีรษะ หน้ามืด ตามัว ใจสั่น เหนื่อยมาก ปวดแน่น หน้าอก หรือปวดขา				1.37	0.81	ควร ปรับ ปรุง

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{x}$	s	ระดับ
6. ท่านขอคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากแพทย์หรือพยาบาล				0.86	0.76	พอใช้
<u>ด้านการดูแลเท้า</u>						
1. ท่านทำความสะอาดเท้าด้วยสบู่อ่อน ทุกครั้งเวลาอาบน้ำ				1.73	0.50	ดี
2. หลังล้างเท้าหรือเท้าเปียก ท่านเช็ดเท้าเบาๆ ด้วยผ้านุ่ม โดยเฉพาะซอกนิ้วเท้า				1.35	0.77	ดี
3. ท่านบริหารเท้าโดยยืนเขย่งปลายเท้าหรือกระดกปลายเท้าขึ้นลงเป็นพิเศษ				1.20	0.74	ดี
4. ท่านตรวจบริเวณนิ้วเท้าหรือฝ่าเท้าว่ามีการอักเสบหรือไม่				1.21	0.78	พอใช้
5. ท่านใช้ครีมหรือโลชั่นสำหรับทาผิวทาเท้าบ้าง ๆ				0.68	0.81	พอใช้
*6. ท่านใช้ของแข็งหรือของมีคมแคะซอกเล็บ				1.35	0.52	ดี
7. ท่านตัดเล็บในแนวตรง ๆ ห่างผิวพอสมควรและไม่ตัดเล็บด้านข้าง(งมูกเล็บ)				1.13	0.67	พอใช้
8. ก่อนใส่รองเท้าท่านตรวจดูว่ามีสิ่งแปลกปลอมหรือไม่				1.40	0.77	ดี
<u>การดูแลสุขภาพทั่วไป</u>						
1. หลังรับประทานอาหารท่านทำความสะอาดปากโดยบ้วนปากหรือแปรงฟัน				1.58	0.56	ดี
2. ท่านทำความสะอาด และเปลี่ยนผ้าเช็ดตัว ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอน สัปดาห์ละครั้ง				1.36	0.79	ดี
3. ท่านตรวจสุขภาพฟันและช่องปากทุก 6 เดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ				0.81	0.83	พอใช้
4. ท่านไปตรวจตากับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ				1.78	0.54	ดี
5. ขณะอาบน้ำทุกครั้ง ท่านทำความสะอาดบริเวณซอกขาหนีบ รักแร้ และข้อพับต่างๆ เป็นพิเศษ				1.78	0.46	ดี
6. ท่านดูแลรักษาบริเวณซอกอับให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ				1.79	0.44	ดี
7. ท่านถ่ายปัสสาวะทันทีเมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะ				1.73	0.47	ดี
8. เมื่อออกจากบ้านท่านพกถุงมือหรือทิอ์ฟี่ติดตัว				0.87	0.87	พอใช้

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{x}$	s	ระดับ
9. เมื่อออกจากบ้านท่านพกบัตรประจำตัวเบ หวาน				0.71	0.86	พอใช้
10.เมื่อเกิดแผลท่านทำความสะอาดแผลด้วยน้ำต้ม สุกที่เย็นแล้ว เช็ดให้แห้ง ทายาฆ่าเชื้อที่ไม่ระคาย เคืองต่อผิว เช่น เบต้าดีน				1.19	0.74	พอใช้
<u>การพักผ่อนและการจัดการความเครียด</u>						
1. ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง				1.60	0.61	ดี
2. ท่านทำจิตใจให้สบาย โดย สวดมนต์ ไหว้พระ อ่านหนังสือธรรมะ				1.33	0.75	พอใช้
3. เมื่อรู้สึกกังวลไม่สบายใจได้ปรึกษาหรือระบายผู้ ที่ไว้วางใจ				1.00	0.76	พอใช้
4. ท่านพักผ่อนหย่อนใจโดยการ อ่านหนังสือ ดูที วี ฟังวิทยุ ทำงานอดิเรก ปลูกต้นไม้ ฯลฯ				1.76	0.48	ดี
5. ท่านร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านหรือชุมชน เช่นงาน บุญกุศล งานแต่งงาน ฯลฯ				1.14	0.68	พอใช้
6. ท่านไปพักผ่อนนอกสถานที่กับครอบครัว				1.05	0.60	พอใช้
7. ท่านไปสันทนาการกับพระสงฆ์ในวันสำคัญ ทางศาสนา				0.96	0.67	พอใช้
<u>การมาตรวจตามนัด</u>						
1. ท่านไปพบแพทย์ตามนัด				1.93	0.27	ดี
2. เมื่อมีอาการผิดปกติท่านมาพบแพทย์ก่อนนัด				1.46	0.74	ดี
*3. ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีเพื่อนไปด้วย				1.23	0.87	พอใช้

ภาคผนวก ง
คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของ ความเชื่อด้านสุขภาพ	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของ ความเชื่อด้านสุขภาพ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อน		การรับรู้ความรุนแรง ของการเกิดภาวะ แทรกซ้อน	
1	.49	1	.70
2	.65	2	.33
3	.37	3	.69
4	.64	4	.74
5	.81	5	.39
6	.67	6	.65
7	.70		
8	.57		
9	.54		
10	.59		
การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน		การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	
1	.56	1	.21
2	.26	2	.33
3	.26	3	.20
4	.71	4	.39
5	.59	5	.35

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ .89

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามทัศนคติความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
1	.21
2	.40
3	.27
4	.30
5	.37
6	.57

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เท่ากับ .68

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก ของพฤติ กรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก ของพฤติ กรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน
ด้านการควบคุมอาหาร		ด้านการใช้ยา	
1	.20	1	.20
2	.25	2	.20
3	.43	3	.30
4	.32	4	.32
5	.20	5	.41
6	.34	ด้านการงดสูบบุหรี่	
7	.35	1	.20
8	.47	2	.25
9	.39	3	.31

ตาราง (ต่อ)

ค่าอำนาจจำแนก		ค่าอำนาจจำแนก	
ข้อ	ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ข้อ	ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ด้านการออกกำลังกาย		ด้านการดูแลเท้า	
1	.49	1	.33
2	.32	2	.58
3	.40	3	.53
4	.40	4	.60
5	.49	5	.21
6	.34	6	.45
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป		7	.40
1	.49	8	.28
2	.33	ด้านการพักผ่อนและการจัดการความเครียด	
3	.37	1	.45
4	.53	2	.33
5	.44	3	.49
6	.28	4	.35
7	.43	5	.46
8	.46	6	.45
9	.54	7	.40
10	.38	ด้านการตรวจตามนัด	
		1	.20
		2	.33
		3	.29

* ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ .88

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวสุภาณูดา หนูรักษ์
วันเดือนปีเกิด	21 กันยายน 2516
สถานที่เกิด	อำเภอเขียร์ใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	1873 ดึกกุลพิพัฒน์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตึกศัลยกรรมกุมารพิเศษ (สก. 14 พิเศษ) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2535	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนกัลยาณีศรีธรรมราช
พ.ศ. 2539	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2546	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ