

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน
ในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน
ในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2



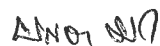
นางสาวสุพชา วิลวัฒน์
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ
Ph.D (Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธักดิ์
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

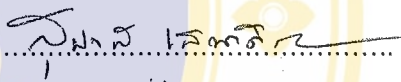
วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2551



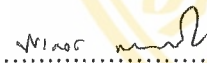
นางสาวสุพัชยา วิลวัฒน์
ผู้วิจัย



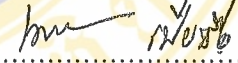
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิรินุช ห่านริตส์ัย
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



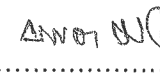
รองศาสตราจารย์ สุปาณี เสนาคิษฐ์
M.S. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



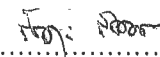
รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เจียเชื้อ
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.นพวรรณ เปียชื่อ และรศ.ประคอง อินทรสมบัติ ประธานและ
ประธานร่วมผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รวมทั้งกรรมการทุกท่านที่ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ
จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.วันทนี เกரியสินยศ , ผศ.ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล และ รศ.ประคอง
อินทรสมบัติ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการทำวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทับปุดและสถานีนามัยทุกแห่งในอำเภอทับปุด จังหวัด
พังงาที่ช่วยอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณมูลนิธิศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย
สุดท้ายนี้คือคุณพ่อและคุณแม่ที่คอยให้กำลังใจตลอดเวลาจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จ
สมบูรณ์

สุพัชยา วิลวัฒน์

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 (ASSOCIATION OF HEALTH BELIEF PERCEPTION AND DIABETIC PREVENTIVE BEHAVIORS IN FIRST DEGREE RELATIVES OF PATIENTS WITH DM TYPE 2)

สุพัชยา วิลวัฒน์ 4836272 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นพวรรณ เปียชื่อ, Ph.D. (Nursing), ประคอง อินทรสมบัติ M.Ed (Nursing Admin.)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน รวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 200 ราย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอทับปุดจังหวัดพังงา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และการทดสอบความสัมพันธ์ของเพียร์สัน สเปียร์แมนและไคสแคว์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมและด้านการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียดไม่เหมาะสม การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ($r = .154, p = .029$) และดัชนีมวลกาย ($r = .168, p = .018$) ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ($r = .223, p = .001$) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($r = .162, p = .022$) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ($r = .199, p = .005$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ข้อมูลที่ได้ยังสามารถนำไปใช้ในการศึกษาพยาบาลและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล / ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ / พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ASSOCIATION OF HEALTH BELIEF PERCEPTION AND DIABETIC PREVENTIVE BEHAVIORS IN FIRST DEGREE RELATIVES OF PATIENTS WITH DM TYPE 2

SUPACHAYA WINVAT 4836272 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORS: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (NURSING),
PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed. (NURSING ADMIN.)

Abstract

This correlational study aimed to describe correlations between personal factors, health belief perceptions, and diabetic preventive behaviors in 200 first degree relatives of patients with diabetes type 2 aged 18-59 years, residing in Tubpud district, Phang-nga Province, Thailand. The sample was selected through purposive sampling. Data were collected using interview with the questionnaire and were then analyzed by descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation, Spearman's Rank Correlation, and Chi-square test.

Results revealed that average scores for health belief perception in this sample was good both overall and within subcategories, except for perceived barriers to preventive behavior. Average score for overall diabetic preventive behavior and exercise behavior were appropriate. However, food behavior and relaxation behavior were not appropriate. Correlational analysis revealed that personal factors including age ($r = .154$, $p = .029$), and body mass index ($r = .168$, $p = .018$), and health belief perception factors including overall health belief perception ($r = .223$, $p = .001$), perceived risk of disease ($r = .162$, $p = .022$), and barriers to diabetic prevention ($r = .199$, $p = .005$) were correlated with overall diabetic preventive behaviors. However, perceived severity and perceived benefits of diabetic prevention were not correlated with diabetic preventive behavior.

Results suggested approaches for community health nurse practitioners for promoting health in diabetic prevention in first degree relatives of diabetic type 2 patients. Results can be used for nursing education and serve as basic information for further study.

KEY WORDS: PERSONAL FACTORS / HEALTH BELIEF PERCEPTION
FACTORS / DIABETIC PREVENTIVE BEHAVIORS

102 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา	4
คำถามวิจัย	9
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	9
สมมติฐานของการศึกษา	9
ขอบเขตของการศึกษา	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	12
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	12
แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ	20
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
เกณฑ์คัดเข้า	28
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	29
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	30
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล	32

สารบัญ (ต่อ)

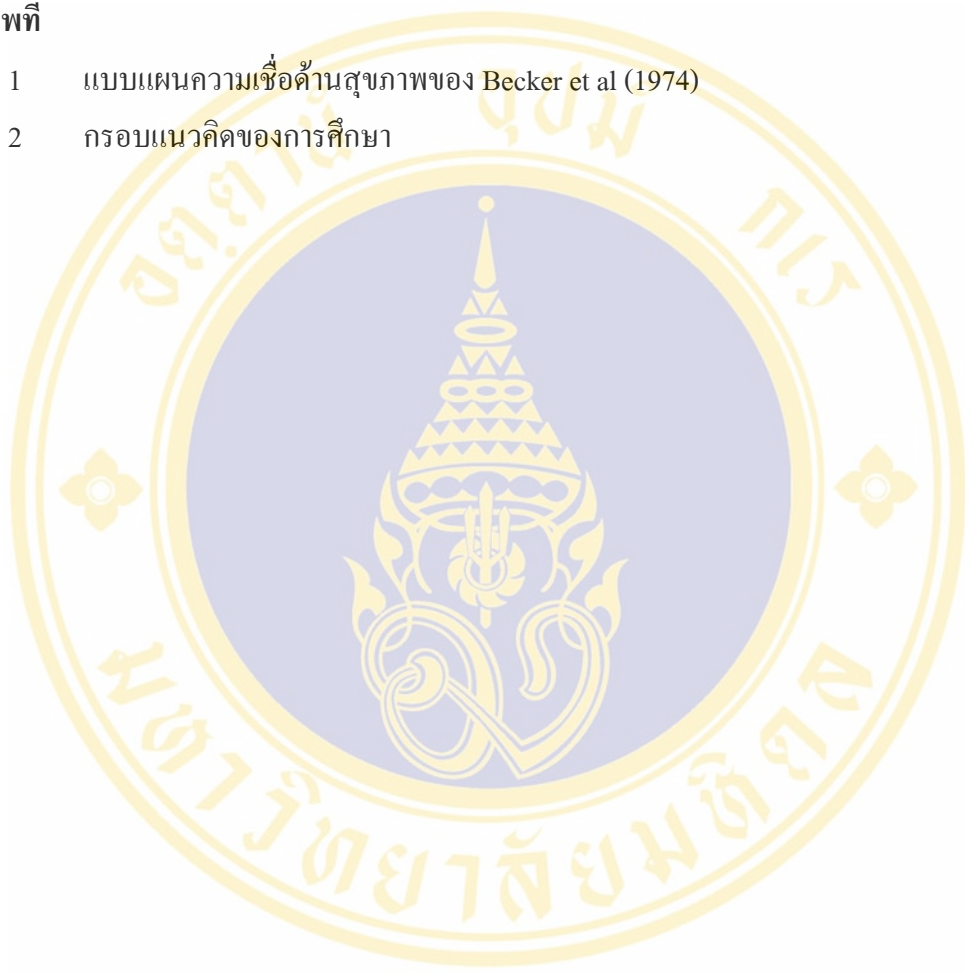
	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	33
บทที่ 4 ผลการวิจัย	35
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	45
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	52
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	55
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	70
เอกสารอ้างอิง	84
ภาคผนวก	89
ประวัติผู้วิจัย	102

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	36
2	การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	38
3	พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน	39
4	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน	40
5	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2	42
6	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน	44

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al (1974)	6
2	กรอบแนวคิดของการศึกษา	8



บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนทำให้พฤติกรรมต่างๆรวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ความเครียดและยา (พงศอมร บุนนาค, 2542) นอกจากนี้เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดแล้ว โรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ภาวนา กิริยิตฺตวงศ์, 2542) โดยเป็นภาระในการดูแลและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของกองโรงพยาบาลภูมิภาค พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในปี พ.ศ. 2540 ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 4,474.25 บาท/ครั้ง/ราย และในกรณีที่เกิดแผลเรื้อรังที่เท้าและถูกตัดขา จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 6,137.00 บาท/ครั้ง/ราย (สำนักพัฒนาวิชาการกรมการแพทย์, 2546) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบในทางอ้อม ได้แก่ สมรรถภาพการทำงานลดลง การสูญเสียรายได้และแรงงานซึ่งเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจอีกด้วย

การศึกษาโดย International Diabetes Federation and the World Health Organization พบว่าในปี 2543 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา คาดประมาณจำนวนการป่วยด้วยโรคเบาหวานคิดเป็น 150 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกอย่างน้อย 215 ล้านคน โดยอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้วคิดเป็นร้อยละ 24.6 และประเทศที่กำลังพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 75.4 จากสถานการณ์ดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้แสดงความห่วงใย และให้ความสำคัญต่อโรคเบาหวานเป็นอย่างมาก โดยได้กำหนดให้ประเทศสมาชิกช่วยกันรณรงค์และแก้ปัญหาการเกิดโรคเบาหวานเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรค การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง จะทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ สูญเสียไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งยังมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (วิทยา ศรีดามา, 2545)

ในประเทศไทยจากการเฝ้าระวังโรคพบว่าสถานการณ์โรคเบาหวานในรอบ 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2524 ถึงปี พ.ศ. 2536 ของกระทรวงสาธารณสุข โรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยในปี 2539-2540 โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย พบว่ามีความชุกโรคเบาหวานร้อยละ 4.5 และอัตราการเป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานชัดเจนโดยความชุกของโรคเบาหวานจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.5-2 เท่า (ภาวนา กิริยุดวงศ์, 2542)

การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานคือปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (วิทยา ศรีมาดา, 2545) โดยการศึกษาปัจจัยทางด้านพันธุกรรมพบว่าโรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและรักษาพยาบาลโรคเบาหวานจะต้องมีเจตคติที่ดีในการช่วยเหลือบุคคลและครอบครัว การดูแลรักษาจึงมิได้จำกัดอยู่แต่เพียงผู้ป่วยคนเดียว แต่ต้องครอบคลุมถึงสมาชิกอื่นๆในครอบครัวด้วย ส่วนการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรวมถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานด้วยเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันทำให้การดำเนินชีวิตของบุคคลต้องเปลี่ยนแปลงไป รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพเช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารก็เปลี่ยนไป โดยมีความนิยมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง โปรตีนสูง กากใยต่ำ ประกอบกับการขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งความเครียดที่เพิ่มขึ้นล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก/ม²) (อภิชาติ วิษณุรัตน์, 2546) และภาวะเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน (รัชตะ รัชตะนาวินและธิดา นิงสานนท์, 2544) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้อย่างจริงจังในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและเป็นการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ (พงศ์อมร บุนนาค, 2542)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันและรักษาโรค โดยกล่าวว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคจึงจะผลักดันให้บุคคลนั้นหลีกเลี่ยงจากการคุกคามของโรคโดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดโดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติ กับผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น (Becker et al, 1974) ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะต้องมีการบวนการจัดการรวมทั้งการให้คำแนะนำที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อบุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะเป็นตัวผลักดันให้เกิด

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรค บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) ได้เสนอวิธีการปรับเพื่อให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ที่เหมาะสมในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ปริดา ปูนพันธ์ฉาย (2540) ได้เสนอรูปแบบการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพในทางดีขึ้นและยังเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528 และ จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 มุ่งเร่งสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยมีเป้าหมายคือ การติดตามเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การดูแลสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนผ่านระบบบริการสาธารณสุขและทีมสุขภาพตามนโยบายการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10, 2550-2554) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันยังมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม

จังหวัดพังงาเป็นจังหวัดหนึ่งที่โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด เนื่องจากพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 2 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.2 และร้อยละ 2.6 ในปี 2547 และ 2548 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2548) อำเภอทับปุดเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดพังงาที่ปัญหาโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2546 มีอัตราป่วยคิดเป็นร้อยละ 1.5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.8 และร้อยละ 2.5 ในปี 2547 และ 2548 ตามลำดับ (โรงพยาบาลทับปุด, 2548) จากข้อมูลพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอทับปุด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เพราะเป็นชุมชนที่กำลังมีการขยายตัว วิถีชีวิตของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพชุมชน ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพลดลง ผู้วิจัยในฐานะสมาชิกของทีมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนอำเภอทับปุด ซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนต่อไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษานี้ใช้แนวคิดจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และคณะ (1974) (ภาพที่ 1) ซึ่งเป็นแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนามาจากงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรค แต่ปัญหาที่พบมากคือการไม่ยอมรับในบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรค หรือการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ยังไม่มีอาการ ถึงแม้ว่าจะมีการสาธิตวิธีและขั้นตอนการป้องกันหรือบริการคัดกรองโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ดังนั้นเป้าหมายแรกของแบบจำลองคือการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และต่อมาได้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในทุกระยะของสุขภาพ ตั้งแต่พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ (Likelihood of Action) ของการปฏิบัติพฤติกรรมดังนี้

การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity)

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด

2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) เป็นการรับรู้ ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมา (Consequences) ในทุกๆ ด้าน รวมถึงการเสียชีวิต การทำหน้าที ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตในครอบครัวและชีวิตในสังคม

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ปัจจัยร่วมประกอบด้วย 5 ปัจจัยดังนี้

1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น

2) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychological Variables) เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม แรงผลักดันจากเพื่อนหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural Variables) เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น

4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่างๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด

5) การรับรู้ภาวะถูกคุกคาม (Perceived Threat) การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะถูกคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด

ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action) ประกอบด้วย

3 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่

1) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัตินั้นๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ

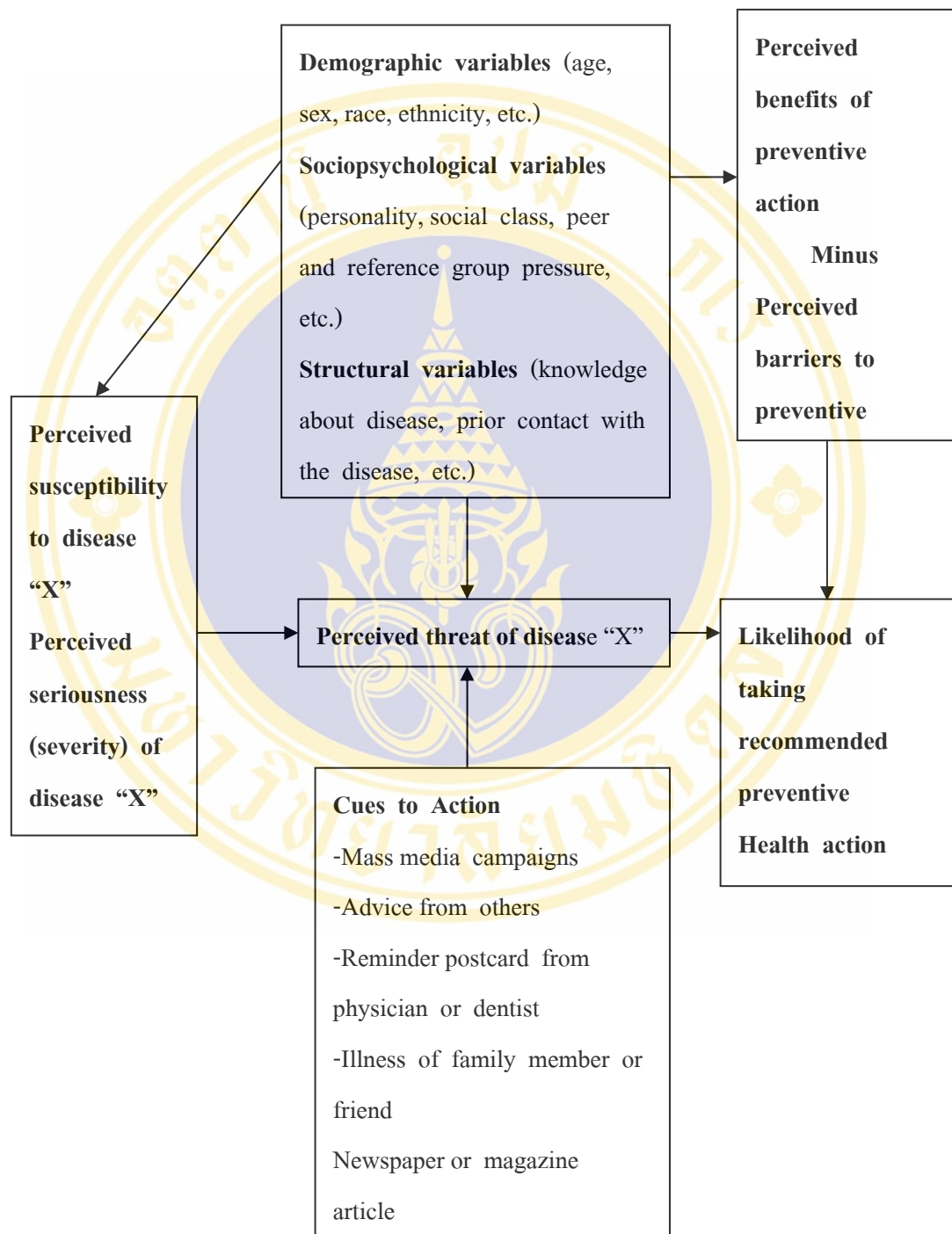
2) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัตินั้น เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย

3) ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน (Likelihood of taking preventive action) การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคตามที่ได้รับคำแนะนำจะมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในที่สุด

เมื่อก้าวถึงองค์ประกอบทั้งหมดในภาพรวมแล้ว การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อการมีสุขภาพซึ่งเชื่อว่าคุณมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเชื่อว่าคุณภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ถ้าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคมีน้อยก็จะมี การปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้น แต่ถ้าการรับรู้ประโยชน์มีน้อยในขณะที่อุปสรรคมีมาก ก็จะไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงทำให้เกิดการรับรู้ภาวะถูกคุกคามและมีพลังหรือแรงขับที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ แต่การปฏิบัติยังไม่ปรากฏต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น ซึ่งแต่ละคนต้องการการกระตุ้นในระดับต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง คือถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่ำก็ต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นอย่างมาก ในทางกลับกันถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงสูง การกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็อาจเพียงพอ ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ด้านต่างๆ ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ

INDIVIDUAL PERCEPTION MODIFYING FACTORS LIKELIHOOD OF ACTION

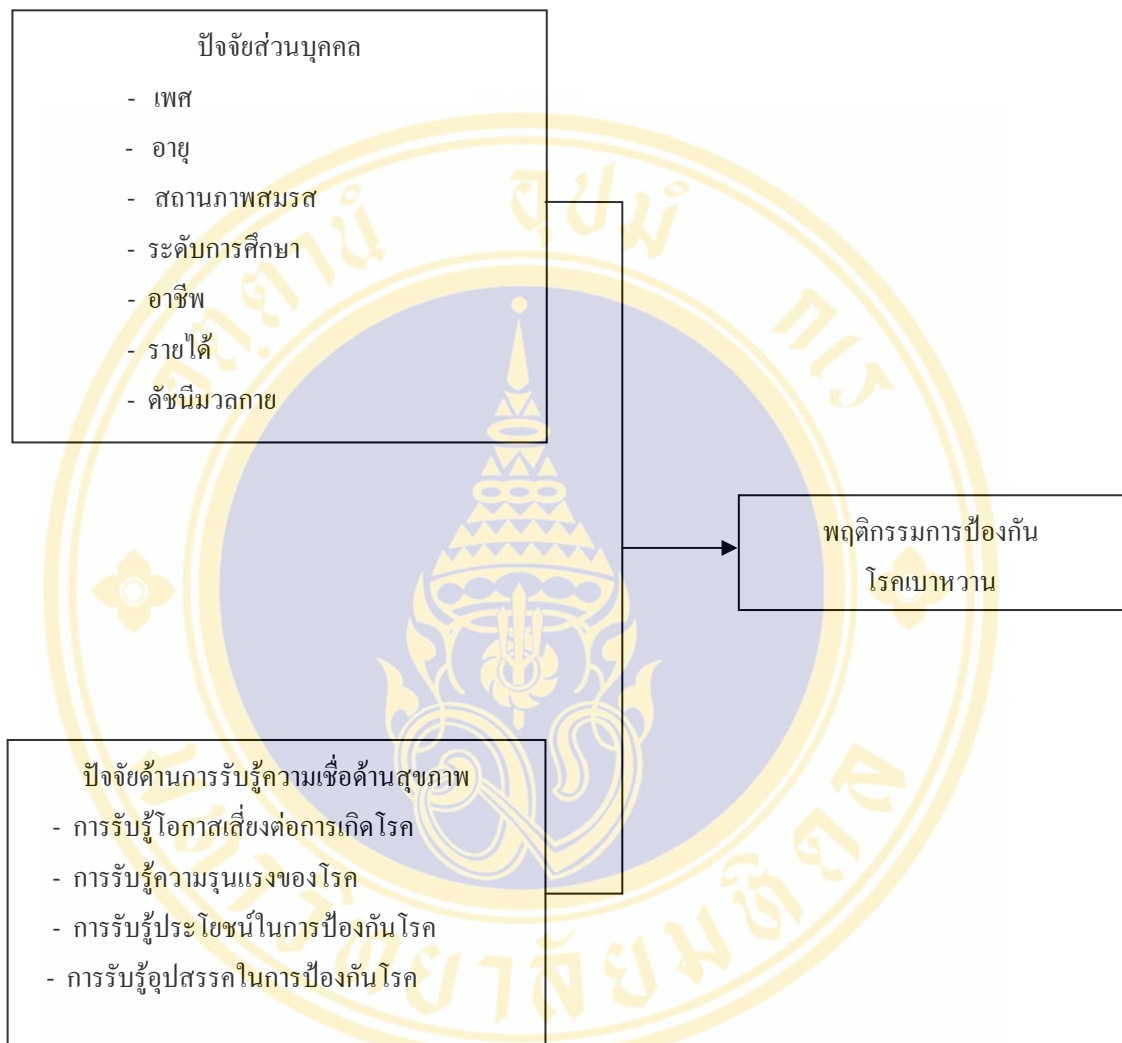


ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al (1974)

ที่มา Becker และคณะ (1974), p 7

สำหรับกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้บูรณาการมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และคณะ(1974) ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้และแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของบุคคลนั้น การที่บุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นซึ่งจะมีปัจจัยร่วมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยในการศึกษาค้นคว้านี้ได้เลือกศึกษาองค์ประกอบบางส่วนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเท่านั้น เนื่องจากผู้วิจัยมุ่งเน้นการศึกษาการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน ดังนั้นกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าจึงเลือกองค์ประกอบในการศึกษา คือ การรับรู้ส่วนบุคคล (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค) ปัจจัยร่วม (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและ พฤติกรรมการป้องกันโรค) ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเนื่องจากประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้มีลักษณะที่คล้ายกัน (Homogenous) ทางด้านจิตสังคม อีกทั้งยังไม่มีประสบการณ์การเป็นโรคเบาหวานมาก่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล (กาญจนา ประสานปราน, 2535; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532; เรมวดี นันทสุวัฒน์, 2524; Kasal & Cobb, 1966) และยังพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ดวงกมล อัครนุสรณ์, 2527; พวงพะยอม การภิญโญ, 2526; สุภาพ ไบแก้ว, 2528; Kgeles, 1963) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการศึกษา

คำถามวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) และปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

สมมติฐานของการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในเขตอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 6 ตำบล โดยศึกษาในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาที่ได้ สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับกำหนดแนวทางในการดูแลครอบครัวและให้คำแนะนำหรือการจัดโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา โดยสร้างเสริมการรับรู้และความเชื่ออย่างถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และขยายผลไปยังพื้นที่ใกล้เคียงในลำดับต่อไป นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการศึกษาวิจัยในเชิงกว้างและเชิงลึกต่อไป

นิยามศัพท์

ญาติสายตรง หมายถึง บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วยเบาหวาน ประเภท 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปีทั้งเพศชายและหญิงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และดัชนีมวลกาย

ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึงการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อของญาติสายตรงเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานของตนเอง ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อของญาติสายตรงเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคเบาหวาน ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค หมายถึง ความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อของญาติสายตรงต่อประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค คะแนนมากหมายถึง มีการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค หมายถึง ความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อของญาติสายตรงต่อปัญหาอุปสรรคหรือความไม่สะดวกที่จะได้รับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ประเมิน

โดยแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค คะแนนมากหมายถึง มีการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม

พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติตัวในด้านต่างๆ 3 ด้านเพื่อป้องกันโรค ได้แก่การปฏิบัติในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรค



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

- 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 2 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ
- 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2543 อ้างใน ภาวนา กิริติยศวงศ์, 2544) ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานดังนี้

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะของร่างกายในระยะยาว เกิดการสูญเสียหน้าที่และอวัยวะที่สำคัญทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด

ประเภทของเบาหวาน (Classification of Diabetes Mellitus)

องค์การอนามัยโลกโดย Expert committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus ปี พ.ศ. 2543 ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก (Clinical classes) โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (Type 1 Diabetes) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานในเด็ก (Juvenile onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีจำนวนน้อยหรือเกือบไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อาการของโรคจะเกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรง ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และพบว่าส่วนใหญ่มักมีความสัมพันธ์กับ Human Leukocyte Antigen (HLA) ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

ทุกวัน มีแนวโน้มว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic Ketoacidosis, DKA)

2) โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 Diabetes) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานผู้ใหญ่ (Maturity onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้ พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 95-97 ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักอ้วน มีประวัติเป็นเบาหวานในครอบครัว อายุมากกว่า 40 ปี ตับอ่อนยังพอผลิตอินซูลินได้บ้างแต่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินในระยะแรกอาจรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่เมื่อเป็นในระยะเวลาอันยาวนานทำให้การควบคุมอาหารหรือการรับประทานยาเม็ดมีผลลดระดับน้ำตาลได้ไม่ดี อาจจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน

สาเหตุของโรคเบาหวาน

สาเหตุหลักของโรคเบาหวานแบ่งเป็น 2 สาเหตุคือ

- 1) พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้
- 2) สาเหตุอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ผู้ที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้จากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความอ้วน ความเครียด การมีอายุมากขึ้น โรคของตับอ่อน การติดเชื้อไวรัสบางชนิดเช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม การได้รับยาบางชนิดเช่น สเตียรอยด์ และการตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมนี้ ส่วนใหญ่สามารถปรับเปลี่ยนหรือป้องกันได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

- 1) ประวัติทางกรรมพันธุ์ มีญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง คนใดคนหนึ่งเป็นเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานจะได้รับยีนส์ผิดปกติจากบิดามารดาตั้งแต่มีการผสมของเชื้อสุจิและไข่ ภายหลังคลอดในระยะแรกของชีวิต ผู้นั้นก็มียีนส์ผิดปกติพร้อมที่จะเป็นเบาหวาน ซึ่งอาจจะเกิดช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องของแต่ละบุคคลด้วย ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์สามารถถ่ายทอดไปยังบุตรหลานรุ่นต่อไปได้และบุตรที่เกิดขึ้นในชั้นหลังๆ มักจะเป็นโรคเบาหวานเร็วขึ้นเรื่อยๆ บางรายพบว่าบุตรเป็นโรคเบาหวานก่อนบิดามารดา (วิทยา ศรีดามา, 2545)

ในปัจจุบันทฤษฎีเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ของโรคเบาหวานกล่าวว่าโรคเบาหวานถ่ายทอดแบบ autosomal เรียกว่า Recessive trait คือ โรคเบาหวานจะต้องเป็น Homozygote ของยีนส์ ส่วน Heterozygote จะไม่เป็นเบาหวานแต่สามารถถ่ายทอดยีนส์ผิดปกติไปให้ลูกหลาน ตามทฤษฎีนี้หากคนที่ เป็นพาหะของยีนส์เบาหวาน 2 คนแต่งงานกันลูกย่อมมีโอกาสเป็นเบาหวานร้อยละ 25 หากคนเป็นเบาหวานแต่งงานกับคนเป็นพาหะ ลูกจะมีโอกาสเป็นเบาหวานร้อยละ 50 และคนเป็นเบาหวานทั้งคู่แต่งงานกันลูกจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อีกร้อยละ 100 แต่ส่วนใหญ่ขึ้นกับสิ่งแวดล้อมช่วยส่งเสริมการเกิดโรคด้วย

2) อายุและความอ้วน จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และอ้วน มักมีอาการแสดงของโรคเบาหวานชัดเจน ส่วนมากมักเสียชีวิตหลังอายุ 40 ปี อย่างไรก็ตามสาเหตุที่สำคัญส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ (วิทยา ศรีดามา, 2545) และจากการศึกษาของนายแพทย์รื้อท และคาน (อ้างใน อรุณีย์ ศรีนวล, 2548) พบว่าเซลล์ไขมันของคนอ้วนมีตัวรับอินซูลินน้อย ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น ทำให้อาการของโรคเบาหวานปรากฏขึ้น โรคอ้วนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้ ทั้งนี้ในการวินิจฉัยโรคอ้วนสำหรับคนเอเชียเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) ที่กำหนดไว้สำหรับคนเอเชีย (Inoue & Zimmet, 2000) มีดังนี้ ผอม (BMI < 18.5 กก/ม²) ปกติ (BMI 18.5-22.9 กก/ม²) น้ำหนักเกิน (BMI 23-24.9 กก/ม²) อ้วนระดับที่ 1 (BMI 25-29.9 กก/ม²) อ้วนระดับที่ 2 (BMI 30-34.9 กก/ม²) อ้วนระดับที่ 3 (BMI 35-39.9 กก/ม²) อ้วนระดับที่ 4 (BMI ≥40 กก/ม²)

3) ประวัติการคลอด ผู้ที่เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือมีประวัติตั้งครรภ์ผิดปกติ และ/หรือ เคยมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจมีการทำงานผิดปกติในการผลิตฮอร์โมนบางชนิด และจากสถิติพบว่าโรคเบาหวานเกิดได้ง่ายกับหญิงที่ตั้งครรภ์บ่อยๆ เช่น สถิติโรงพยาบาลศิริราช พบว่าโรคเบาหวานเกิดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีบุตรตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปร้อยละ 44.6 (วิทยา ศรีดามา, 2545) ทั้งนี้เนื่องจาก การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเครียดทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดได้แก่ โกร๊ธฮอร์โมน ไคร์รอกซิน และกลูโคคอร์ติคอยด์ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

4) ความเครียด บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดนานๆ ความกังวลหรือเคร่งเครียดในงานมากก็อาจทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ เนื่องจากมีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนพรินมากผิดปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

5) การใช้ยา บุคคลที่ใช้ยาบางชนิดนานๆ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาจำพวกสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น ยาเหล่านี้มีผลต่อการต้านฤทธิ์ของอินซูลิน

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

คนปกติก่อนรับประทานอาหารเข้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด (Plasma glucose) 70-110 มิลลิกรัม /เดซิลิตร (มก/ดล) และหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลไม่ควรเกิน 140 มก./ดล. ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลไม่สูงมากอาจไม่มีอาการ การวินิจฉัยโรคเบาหวานทำได้โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานานๆ สามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งอาการที่เป็นผลจากภาวะน้ำตาลสูงโดยตรง และอาการที่เกิดจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่

1) ปัสสาวะบ่อยและมาก ปัสสาวะกลางคืน คนปกติถ้าไม่ดื่มน้ำก่อนนอนมักจะไม่ต้องลุกมาปัสสาวะกลางดึกหรือปัสสาวะอย่างมาก 1 ครั้ง ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลสูงมากเกินความสามารถของไตในการกั้นมิให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ (พลาสมากลูโคสในเลือดสูงมากกว่า 180 มก./ดล.) จะมีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะซึ่งนอกจากจะดึงน้ำตาลออกแล้วทำให้สูญเสียน้ำไปด้วย จึงมีปัสสาวะมากกว่าคนปกติ ทำให้ต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะกลางดึกหลายครั้ง

2) คอแห้ง กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ

3) หิวบ่อย รับประทานจุ แต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เนื่องจากร่างกายนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้เพราะอินซูลินไม่เพียงพอ จึงมีการสลายพลังงานออกมาจากไขมันและกล้ามเนื้อ

4) แผลหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนัง เกิดฝีบ่อย เนื่องจากระดับน้ำตาลสูงทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง

5) คันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วยเพศหญิง สาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น ผิวหนังแห้งเกินไป หรือการอักเสบของผิวหนัง ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน

6) ตาพร่ามัว การที่ตาพร่ามัวในผู้ป่วยเบาหวาน มีสาเหตุหลายประการ เช่น อาจเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) มีน้ำตาลในเลือดสูง และน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตาอาจเกิดจากต่อกระจกหรือจอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน

7) ซาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากระดับน้ำตาลที่สูงมากๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย ติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งสมรรถภาพในด้านต่างๆ ลดลง

การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานควรปฏิบัติในบุคคลดังต่อไปนี้

1) ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวาน เช่น หิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รับประทานอาหารในปริมาณมาก ตาพร่ามัว แผลหายช้า หรือมีประวัติติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อทางผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อรา

2) ผู้ที่มีอายุ 45 ปี หรือมากกว่า (หากผลการตรวจปกติก็ควรตรวจทุกปี)

3) ผู้ที่ไม่มีอาการ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (ถ้าผลการตรวจปกติให้ตรวจทุกปี) ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (First degree relatives) น้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25$ กก/ม²) ประวัติ Impaired Glucose Tolerance (IGT) หรือ Impaired Fasting Glucose (IFG) ความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท) $HDL\text{-Cholesterol} \leq 35$ มก./ดล. และ/หรือ $Triglyceride \geq 250$ มก./ดล. ประวัติคลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กก. หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Gestational Diabetes

Polycystic Ovary Syndrome หรือ Acanthosis nigricans การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือทำงานที่ไม่ได้ออกแรงมาก (Physical inactivity)

การตรวจคัดกรองที่ต้องการการตรวจซ้ำ และประเมินผลเพิ่มเติม ถ้าพบว่า FPG (Fasting Plasma Glucose) หลังการอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง ≥ 110 มก./ดล. Random plasma glucose 160 มก./ดล. หรือ Random capillary whole blood glucose ≥ 140 มก./ดล. เมื่อผลการตรวจมีค่าดังกล่าว ให้ตรวจ FPG ซ้ำอีก 1-2 ครั้ง

การทำ Oral glucose tolerance test

ให้ผู้ถูกทดสอบรับประทานอาหารตามปกติ ที่มีคาร์โบไฮเดรตมากกว่า 150 กรัมอย่างน้อย 3 วัน ให้มีกิจวัตรประจำวันตามปกติและ ไม่ได้อยู่ในช่วงเจ็บป่วย หรือมีภาวะ Stress อื่นๆ มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อ glucose tolerance เช่น Steroid, ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ Beta blocker, Nicotinic acid และ Dilantin วิธีการทดสอบดังนี้

1. ทดสอบตอนเช้า หลังอาหารเช้ากลางคืน อย่างน้อย 8 ชั่วโมง
2. เจาะเลือดตรวจ FPG
3. รับประทานกลูโคส 75 กรัม ในน้ำ 300 มล. ในเวลา 5 นาที
4. เจาะเลือดตรวจ FPG ในเวลา 2 ชั่วโมง

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน อาศัยหลักการดังนี้

1. FPG ≥ 126 มก./ดล.
2. Casual (Random) plasma glucose 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน
3. Plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมงหลังจากทำ Oral glucose tolerance test (OGTT) ≥ 200 มก./ดล.

ถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยแต่ละวิธีข้างต้น อยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวาน ควรตรวจในวันอื่น อีก 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่มี plasma glucose สูง อาการชัดเจน ร่วมกับมี Acute metabolic decompensation ในการตรวจซ้ำ ถ้าค่า FPG ≥ 126 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

ตาราง การวินิจฉัยโรคเบาหวาน, Impaired fasting glucose (IFG), Impaired glucose tolerance (IGT) (วิทยา ศรีดามา, 2545)

	ปกติ	IFG	IGT	เบาหวาน
FPG (มก./ดล.)	<110	110-125		≥ 126
OGTT 2-h PG (มก.ดล.)	<140		140-199	≥ 200
Random PG (มก./ดล.)	<160			≥ 200

หลักการดูแลรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การรักษาเบาหวานให้ได้ผลดี จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ใกล้ชิดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ หลักการดูแลรักษามีดังนี้

- 1) การควบคุมอาหาร
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) การรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลและ/หรืออินซูลิน
- 4) การผ่อนคลายความเครียด และการดูแลตัวเอง

เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

การดูแลรักษาเบาหวานมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังน้อยที่สุด จากการศึกษาวิจัย มีข้อมูลสนับสนุนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด จะมีผลป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ควรให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตาราง เกณฑ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในโรคเบาหวาน (อภิชาติ วิษณุวรรณ์, 2546)

การตรวจ	ดี	ต้องปรับปรุง
1. Fasting plasma glucose (มก./ดล.)	80-120	>140
2. Postprandial glucose	80-160	>180
3. HbA _{1c} (%)	<7	>8

ตาราง เกณฑ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในโรคเบาหวาน (อภิชาติ วิชญานรัตน์, 2546) (ต่อ)

การตรวจ	ดี	ต้องปรับปรุง
4. Total cholesterol (มก./ดล.)	<200	>250
5. LDL cholesterol (มก./ดล.)	<100	>130
6. HDL cholesterol (มก./ดล.)	>45	<35
7. Triglyceride	<200	>400
8. Body mass index (กก./ม ²)	20-25	>27
9. ความดันโลหิต	<130/80	>160/90

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรงรวดเร็วต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตราย ผู้ป่วยอาจมีระดับน้ำตาลต่ำเกินไปหรือสูงมากเกินไป ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากจนมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากโดยที่ไม่มีกรดคีโตนคั่ง ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่งในเลือดและภาวะการติดเชื้อ

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและระดับการควบคุมโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการในระยะแรก แต่ถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา รวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก ก็จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องอื่นอีกด้วย เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย

โรคแทรกซ้อนเรื้อรังอาจแบ่งได้เป็นประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

- 1) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองอุดตัน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดตีบที่เท้า
- 2) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางตา ไตและระบบประสาท

การป้องกันโรคเบาหวาน

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และจากข้อมูลกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2537) พบว่า มีเพียงร้อยละ 37.4 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่านั้นที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้และได้รับการรักษา นอกจากนี้โรคเบาหวานเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยเฉพาะทางหลอดเลือด ตา ไต ระบบประสาท โรคเบาหวานยังส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่สูงขึ้น และเกิดภาวะทุพพลภาพ การป้องกันจึงเป็นวิธีการที่คุ้มค่าในการดูแลรักษาโรคนี้ โดยวิธีการป้องกันสามารถทำได้ดังนี้ (King & Dowd, 1990 อ้างใน พงศ์อมร บุญนาค, 2542)

1. Primary Prevention คือการป้องกันในระยะเริ่มต้นที่ยังไม่มีการของโรคเบาหวาน แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในระยะนี้ควรพิจารณาถึงกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้แก่ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก หรือผู้ที่มีความทนต่อกลูโคสผิดปกติขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคแบบตะวันตก (WHO, 1994) ดังนั้นคำแนะนำที่สำคัญสำหรับบุคคลกลุ่มนี้คือการปรับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานที่สำคัญประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1.1 การรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารมีความสำคัญยิ่งในการป้องกันโรคเบาหวาน ดังได้กล่าวแล้วว่าโรคเบาหวานมักพบในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน สาเหตุของความอ้วนเกิดจากการบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 89.00 โดยส่วนใหญ่คือการรับประทานอาหารไขมันสูงคิดเป็นร้อยละ 97.6 และอาหารที่มีน้ำตาลสูงร้อยละ 78.1 ของการบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสมทั้งหมด (สุกัลลักษณ์ บุญความดี, 2541) จะเห็นได้ว่าอาหารดังกล่าวเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ดังนั้นการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานจึงควรจำกัดอาหารพลังงานสูงหรือไขมันสูง และเพิ่มการรับประทานใยอาหารทั้งนี้เพื่อควบคุมน้ำหนัก ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้

1.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆและการบริหารร่างกายในระยะเวลาที่เหมาะสมเป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหาร จะทำให้อุณหภูมิของร่างกายดีขึ้นและสามารถป้องกันโรคเบาหวานได้

1.3 การผ่อนคลายความเครียด เมื่อมีความเครียดในระดับสูงจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเป็นผลให้น้ำตาลในเลือดสูง แนวทางหนึ่งในการป้องกันโรคเบาหวานคือการผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการทำจิตใจให้สงบเป็นวิธีการหนึ่งในการผ่อนคลาย

คล้ายความเครียดที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และการทำสมาธิเบื้องต้น

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจึงเป็นแนวทางสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเกิดโรคเบาหวาน โดยเฉพาะญาติสายตรงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง

2. Secondary Prevention คือการป้องกันในระยะที่ปรากฏอาการของโรคแล้ว เช่นหิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย แต่คนส่วนใหญ่ยังไม่มาพบแพทย์เพราะยังไม่ได้รับการวินิจฉัย เป้าหมายในระดับนี้ คือ การวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานให้ได้ในระยะแรกเริ่มเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง การคัดกรอง (Screening) โดยสามารถทำในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยการวัดระดับ Fasting Plasma Glucose

โดยสรุป การป้องกันในระยะที่สองนี้ มุ่งเน้นการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มของโรค เพื่อทำการรักษา และควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3. Tertiary Prevention คือการป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดความพิการและการสูญเสียชีวิต ทำได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ การดูแลรักษาเท้า การป้องกันในระยะที่สาม เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล และป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ยาลดระดับน้ำตาล การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการลดภาวะเครียด

ดังได้กล่าวไว้แล้วว่าการเกิดโรคเบาหวานนั้นสามารถเกิดได้ทั้งการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์และเกิดจากปัจจัยที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ดังนั้นโรคเบาหวานจึงเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ถ้าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังจะกล่าวต่อไป

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเริ่มขึ้นเมื่อ ค.ศ.1950 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค (preventive health behavior) ได้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แนวความคิดรูปแบบความเชื่อนี้มาจากแนวคิดของ Kirt Lewin (Rosenstock, 1974) ซึ่งเป็นผู้ให้แนวคิดที่ “โลกของผู้รับรู้จะเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของผู้รับรู้” ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคลจะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงดึงดูดด้านบวก ด้านลบ และส่วนที่เป็นกลาง โดยแรงดึงดูดด้านบวกจะดึงดูดบุคคลให้เข้าไปสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงดึงดูดด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนที่หนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือ

ส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงดึงดูดด้านบวกและลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการที่จะบรรลุเป้าหมายแตกต่างกันว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่ง Lewin และคณะ (อ้างใน Becker and Maiman, 1974) ได้ตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) ผลลัพธ์จากการปฏิบัติตัวของบุคคล และ 2) ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้นต้องมีความเชื่อว่า 1) บุคคลนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค หากป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมีอุปสรรคเช่น ค่าใช้จ่ายเวลา ความไม่สะดวก ความกลัว เป็นต้น

ต่อมา Becker และคณะ (1974) ได้ทำการปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (preventive health behavior) โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร จิตสังคม ความรู้และประสบการณ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ แหล่งข่าวสาร การได้รับคำแนะนำ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

Kasl และ Cobb (อ้างใน พงศ์อมร นูนาค, 2542) ได้ดัดแปลงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) คือกิจกรรมของบุคคลเมื่อเริ่มรู้สึกไม่สบายโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม

ถึงแม้ว่ารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการปรับปรุงสำหรับนำไปใช้กับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านป้องกันโรค เมื่อมีอาการไม่สบาย และเมื่อสวมนบทบาทของผู้ป่วยแล้วแต่ Kasl ยังได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่า สำหรับพฤติกรรมการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (Chronic Illness Behavior) เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จึงควรมีการพิจารณาปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพฤติกรรมอื่นๆใน 3 ประเด็นที่สำคัญคือ 1) ผู้ป่วยเรื้อรังมีภาวะเสี่ยงปรากฏอยู่ในขณะที่ตัวบุคคลนั้นเองจะรู้สึกสบายดี ลักษณะดังกล่าวทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถจัดอยู่พฤติกรรมใดโดยเฉพาะ 2) การที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นการที่ บุคคลซึ่งรู้สึกสบายดีแต่ต้องมาสวมนบทบาทในการรับการรักษา รวมทั้งการ

สนับสนุนจากสถาบันต่างๆจะน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังมีลักษณะแตกต่างออกไป 3) แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัยบางอย่างเช่น การเลิกสูบบุหรี่ หรือเปลี่ยนบริโภคนิสัย โดยที่แพทย์มักไม่ได้เป็นผู้ให้ความพยายามในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรื้อรังเปลี่ยนนิสัยดังกล่าว ประเด็นดังกล่าวทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนนิสัย หรือลดกิจกรรมบางอย่างในชีวิต จำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ แตกต่างจากการใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคและพฤติกรรมเจ็บป่วย

ตามที่ได้กล่าวถึงพัฒนาการของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงและพัฒนาเป็นระยะๆโดยได้มีการเพิ่มเติมปัจจัยภายนอกอื่นๆที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ทั้งนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น Becker เสนอองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาไว้ 5 ประการ คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้และความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้นี้อาจแสดงออกได้ 3 แบบคือ

- 1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดความเชื่อถือในตัวแพทย์ หรือการมีความเชื่อไม่ถูกต้อง สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการวินิจฉัยของแพทย์และมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตน

- 1.2 การคาดการณ์ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำอีก

- 1.3 ความรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงๆเป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน เช่น ด้านครอบครัวการทำงาน ซึ่งการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงอาจแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน อาการแสดงของโรคที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรุนแรงของโรคนั้นๆ ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มักพบว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำในระบะที่มีอาการมากและ

หยุดปฏิบัติเมื่ออาการของโรคทุเลาลง อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมีความกลัวหรือวิตกกังวลมากต่อความรุนแรงของโรค อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติไม่ถูกต้องได้

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and costs) จะเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมของผู้ป่วยเนื่องจากเมื่อบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคแล้วบุคคลพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้นโดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรสดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติสิ่งใดนั้นบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้หายจากโรคนั้น ส่วนค่าใช้จ่ายนอกจากจะหมายถึงเงินที่ต้องเสียไปแล้ว ยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกในการรักษา และการปฏิบัติในสิ่งที่ไม่เคยชินเป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการพิจารณาข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึงระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพทั่วไปของบุคคล หรือจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีของการปฏิบัติรวมทั้งสิ่งเร้าภายนอกได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ โดยทั่วไปสามารถประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยด้วยการวัดระดับความพึงพอใจหรือความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) นับเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรดังต่อไปนี้

5.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประจำ จะมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้อาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยทั้งบวกและทางลบ Larsen และคณะ (อ้างใน ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ , 2524) ได้ชี้ให้เห็นว่าความพึงพอใจในระบบบริการจะมีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการ การทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และความสม่ำเสมอ ในการติดตามการรักษา

5.2 ความต่อเนื่องของผู้ให้การรักษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา Becker (1974) ได้ศึกษาพบว่า มารดาจะพาบุตรมาพบแพทย์คนที่เคยรักษาบุตรตนเองมาก่อน

5.3 ปัจจัยด้านประชากร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส เพศ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

5.3.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหาชีวิต ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุ วุฒิภาวะสูงขึ้น ย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่าแต่ผลการวิจัยก็พบว่า มีสนับสนุนและขัดแย้งความคิดนี้ นิรัมรานี สัจเคว (2523) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเบื่อหน่ายในการรักษาเบาหวานโดยที่ผู้มีอายุน้อยจะมีความเบื่อหน่ายในการรักษามากกว่าผู้มีอายุมาก Lundman และคณะ (1990) ศึกษาพบว่าคุณภาพการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุมากกว่าอายุน้อย เนื่องจากกลุ่มอายุน้อยมีความรู้สึกริดกังวล ขาดความเป็นอิสระ ไม่ปลอดภัย และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

5.3.2 รายได้ครอบครัว จัดเป็นปัจจัยพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างหนึ่ง West (1973) กล่าวว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติกรควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน Selye และ Mc.Broom (อ้างใน พงศ์อมร บุนนาค, 2542) กล่าวว่าผู้มีรายได้สูงจะมีภาวะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพสูงกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ทั้งในด้านการป้องกัน และรักษา ปองทิพย์ โพธิวาระ (2529) ได้ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินจำนวน 40 รายพบว่า ผู้มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ให้ความร่วมมือในการรักษาในด้านควบคุมอาหาร การเจาะตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การฉีดอินซูลิน ดีกว่าผู้มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) Boyd และคณะ (อ้างใน อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์, 2531) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอายุรศาสตร์ในคลินิกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่า ผู้มีรายได้น้อยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองมากนัก มักสนใจต่อการหาเงินมาเลี้ยงชีพ และถนัดในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีแรงจูงใจด้านสุขภาพต่ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาเป็นเวลานาน

5.3.3 สถานภาพสมรส จัดเป็นปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคมของปัจจัยพื้นฐาน Hubbard และคณะ (1984) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยวัดแบบแผนชีวิต 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลตนเองด้านความปลอดภัย การใช้ยาและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ พบว่าบุคคลที่แต่งงานแล้วได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า และสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่แต่งงาน ส่วนคนโสดนั้นจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด Glasgow & Toobert (1988)

พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนุบำรุงการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เช่น การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ได้ดีกว่าการสนับสนุนทั่วไปหรือไม่ได้รับการสนับสนุน

5.3.4 เพศ เพศเป็นปัจจัยกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม O'Neil (1976) ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าเพศชายมีความต้องการทางด้านที่จะเป็นผู้มีอำนาจหรือผู้นำ (dominance) มากกว่าเพศหญิงดังนั้นแนวโน้มที่เพศชายจะยอมรับคำแนะนำจากผู้อื่นจึงมีน้อย Muhlenkamp และ Broerman (1988) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าของสุขภาพ และพฤติกรรมในทางบวกต่อสุขภาพ พบว่ามีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($r = 0.15$) โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในทางบวกเป็นส่วนมาก Nathanson (1977) พบว่าเพศหญิงจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และป้องกันรักษาสุขภาพดีกว่าเพศชาย รัตนารุจิกร (2534) ศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 65 คน ในชุมชนผู้มีรายได้ต่ำเทศบาลเมืองนครราชสีมา พบว่าเพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาและรักษาต่อเนื่องมากกว่าเพศชาย ผู้วิจัยได้อธิบายว่าเนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ขัดแย้งกับแนวคิดนี้ Glasgow และคณะ (1987) ได้วิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินจำนวน 93 คน พบว่าเพศชายดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการคำนวณแคลอรีของอาหารที่รับประทานได้ดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า เพศมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองแต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเพศหญิงหรือเพศชายที่มีการดูแลตนเองได้ดีกว่ากัน

5.3.5 ปัจจัยด้านโครงสร้างการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ดังเช่น การวิจัยของ Glasgow และคณะ (1987) ได้ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 10 ปี จะรายงานการปฏิบัติตามกิจกรรมได้ดีกว่าผู้ที่เป็นมาน้อยกว่า 10 ปี ในทางตรงกันข้ามผู้ที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี จะปฏิบัติตามการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่เป็นมานานกว่า 10 ปี

โดยสรุปแบบแผนแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนามาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1950 โดย Kirt Lewine ต่อมา ค.ศ. 1974 Rosenstock ได้เพิ่มการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคเข้าไปในแบบแผนดังกล่าว และในปีเดียวกัน Becker และคณะ ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพอีกครั้งโดยการเพิ่มปัจจัยร่วม คือ ปัจจัยด้านประชากร จิตสังคม ความรู้และประสบการณ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเข้าไป เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพให้ชัดเจนขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกันที่ผ่านมาในเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรคปอด และการศึกษาในเรื่องการป้องกันทันตสุขภาพ ซึ่งมีทั้งการศึกษาภายในประเทศและต่างประเทศไว้ดังนี้

ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลคือ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษานั้น เรมวล นันทสุภวัฒน์ (2524) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 200 คน พบว่า เพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมจิตต์ สกฤตพันธ์ (2535) ที่ทำการศึกษผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 200 คน พบว่า เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและระยะเวลาของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ประสารปราน (2535) ที่ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวาน 100 คน โดยพบว่าความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรสรายได้ของครอบครัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่ต่างกัน ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 10 คน ที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปางโดยศึกษาเชิงมนุษยวิทยามีการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาและการควบคุมอาหารดีกว่าเพศชาย สำหรับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศชายรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าเพศหญิงโดยรวม

สำหรับการศึกษาเรื่องการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น ดวงกมล อัครนุสรณ์ (2527) ได้ทำการศึกษาภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจในตน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 150 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดี พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มี

ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงพะยอม การภิญโญ (2526) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 126 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้มีการศึกษาในต่างประเทศของ Hochbaum (อ้างใน พงศ์อมร บุญนาค, 2542) ศึกษาย้อนหลังโดยใช้กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1200 คน ที่มีการตรวจเอ็กซเรย์ปอดเพื่อวินิจฉัยโรคปอดในปี 1952 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคและมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการเอ็กซเรย์ปอดจะมารับการตรวจรักษามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับรู้ นอกจากนี้ Kegeles (1963) ศึกษาแบบไปข้างหน้า ติดตามผล 3 ปี ในกลุ่มตัวอย่าง มากกว่า 300 คน ในปี 1958 โดยศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อการป้องกันทันตสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปโดยรวมจากการศึกษาที่ผ่านมาบางการศึกษาพบว่า เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคแต่บางการศึกษาพบว่าตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันซึ่งในทำนองเดียวกัน การศึกษาในเรื่องการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคก็ยังมีการศึกษาที่มีผลสรุปที่สอดคล้องและขัดแย้งกันอยู่ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาดังกล่าวในเรื่องดังกล่าวอีก เพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจศึกษาในอนาคต

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้คือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปีทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

กลุ่มตัวอย่างคือญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 จำนวน 200 คนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยให้มีกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 5 คนต่อผู้ป่วย 1 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นเพศหญิงหรือชายที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปีและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ในระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2550
2. มีประวัติทางพันธุกรรมโดยมีบิดา มารดา บุตร พี่หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน
3. ไม่มีโรคประจำตัวดังต่อไปนี้คือ วัณโรคปอด โรคหัวใจ โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคลมชักและโรคไทรอยด์

4. สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้

5. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก

เกณฑ์คัดออกในการศึกษานี้คือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้ตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999: 500) ตามหลักการของ Power analysis โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ระดับ

ความมีนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.30 โดยอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมา (น้อมจิตต์ สกฤตพันธ์, 2535) ซึ่งพบขนาดอิทธิพลโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับกลาง ($r = 0.2774$, $p < .05$) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 197 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 200 คน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือบ้านหรือที่อยู่อาศัยของญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ในชุมชน ในเขตอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา อำเภอทับปุด เป็นอำเภอขนาดกลางตั้งอยู่ระหว่างอำเภอเมืองพังงา กับอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีระยะทางระหว่างทั้ง 2 อำเภอเท่ากันคือประมาณ 20 กิโลเมตร มีประชากรประมาณ 24,369คน ประกอบด้วย 5 ตำบล ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย อาชีพหลักของประชากรคือการทำสวนยางพาราและการทำสวนปาล์ม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม มีสถานีนอนมัยขนาดใหญ่ครบทุกตำบลมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแห่งละ 3-4 คน มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง มีแพทย์ 3 คน รักษาโรคทั่วไปกรณีฉุกเฉินจะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลพังงาและโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากตัวผู้ป่วยเบาหวานที่ไปรับการตรวจรักษาในวันนัดที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลทับปุดโดยผู้วิจัยได้นัดแนะเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติสายตรงที่บ้านโดยประสานงานกับตัวผู้ป่วยหรือญาติที่นำผู้ป่วยมา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติสายตรงไม่เกิน 5 คนต่อผู้ป่วย 1 คน ผู้วิจัยเลือก เพศ และอายุให้มีการกระจายที่เหมาะสมในการเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลทับปุดมีอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ 10 คน มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการประมาณ 200 คน/สัปดาห์ลักษณะงานในคลินิกเบาหวานประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยในจุดแรกซึ่งทำการคัดกรองร่วมกับผู้ป่วย OPD อื่นๆ เมื่อแยกผู้ป่วยเบาหวานได้แล้วจึงส่งให้พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยตรงนำผู้ป่วยและญาติไปรวมกลุ่มกันอีกด้านหนึ่งของ OPD และมีการให้สุศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 20 นาทีในคลินิกเบาหวานของแต่ละสัปดาห์จะมีน้ำดื่มไว้คอยบริการผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยอื่นๆ ได้ดื่มส่วนมากเป็นน้ำสมุนไพร เช่น น้ำตะไคร้ น้ำขิง น้ำเก๊กฮวย ซึ่งไม่ใช่ น้ำตาล อีกทั้งในคลินิกนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมาทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลให้ผู้ป่วยเบาหวานก่อนเวลาทำงานปกติคือเวลา 7.30 น. จากนั้นจึงให้ผู้ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารเชื่อก่อนมารอพบแพทย์เวลา 9.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนคือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบและเติมข้อความจำนวน 10 ข้อ (Appendix A)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale ที่มีตัวเลือก 6 ระดับตั้งแต่ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) และมีการกลับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-220 คะแนน คะแนนมากหมายถึง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพดีหรือเหมาะสม (Appendix B)

ข้อความเชิงบวก			ข้อความเชิงลบ		
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	คะแนน	0	คะแนน	
เห็นด้วยน้อย	2	คะแนน	1	คะแนน	
เห็นด้วยปานกลาง	3	คะแนน	2	คะแนน	
เห็นด้วยมาก	4	คะแนน	3	คะแนน	
เห็นด้วยมากที่สุด	5	คะแนน	4	คะแนน	
ไม่เห็นด้วย	0	คะแนน	5	คะแนน	

ลักษณะข้อคำถามในรายละเอียด ผู้วิจัยแบ่งปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเป็น 4 ด้านคือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ข้อ 3 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 1, 2, 4-10 เป็นข้อคำถามเชิงบวก) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ข้อ 3, 6-8 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 1, 2, 4, 5, 9, 10 เป็นข้อคำถามเชิงบวก) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (ข้อ 4, 8 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 1-3, 5-7, 9-10 เป็นข้อคำถามเชิงบวก) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (ข้อ 1-5, 7-14 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 6 เป็นข้อคำถามเชิงบวก) มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-70 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และการทบทวนวรรณกรรมประกอบข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการผ่อนคลายความเครียด ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale ที่มีตัวเลือก 5 ระดับตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) และมีการกลับคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-148 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมที่ดีหรือเหมาะสมในการป้องกันโรคเบาหวาน (Appendix C)

ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก

เป็นประจำ	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติทุกวันในสัปดาห์	4	คะแนน
เป็นส่วนใหญ่	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 4-6 วันต่อสัปดาห์	3	คะแนน
เป็นบางครั้ง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 2-3 วันต่อสัปดาห์	2	คะแนน
นานๆ ครั้ง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 1 วันต่อสัปดาห์	1	คะแนน
ไม่เคย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติ	0	คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ

เป็นประจำ	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติทุกวันในสัปดาห์	0	คะแนน
เป็นส่วนใหญ่	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 4-6 วันต่อสัปดาห์	1	คะแนน
เป็นบางครั้ง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 2-3 วันต่อสัปดาห์	2	คะแนน
นานๆ ครั้ง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 1 วันต่อสัปดาห์	3	คะแนน
ไม่เคย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติ	4	คะแนน

ด้านที่ 1 ด้านการรับประทานอาหาร ความถี่ของการรับประทานแยกตามรูปแบบของการรับประทานและหมวดของอาหาร มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน (ข้อ 1 -3, 5-9, 12, 13, 15 เป็นข้อคำถามเชิงลบ, ข้อ 4, 10, 11, 14 เป็นข้อคำถามเชิงบวก)

ด้านที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน (ข้อ 4, 9, 10 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 1-3, 5-8 เป็นข้อคำถามเชิงบวก)

ด้านที่ 3 ด้านการผ่อนคลายความเครียด มีข้อคำถาม 12 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน (ข้อ 1, 11, 12 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 2-10 เป็นข้อคำถามเชิงบวก)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

การหาความตรงด้านเนื้อหา ของเครื่องมือแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านคือผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานและผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไข หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เมื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนั้นจึงเลือกใช้แบบสอบถามกับญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ ตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 15 ราย ใน 2 หมู่บ้านของอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และ Test-retest reliability เท่ากับ 0.72 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. เมื่อได้รับอนุมัติแล้วทำหนังสือราชการจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทับปุด อำเภอทับปุด จังหวัดพังงาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทับปุดแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทราบ

3. แจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลที่โต๊ะคัดกรองหน้าห้องตรวจเพื่อขอ OPD CARD ของผู้ป่วยเบาหวานมาคัดเลือกให้มีการกระจายครอบคลุมทั้ง 5 ตำบล โดยคัดเลือกผู้ป่วย 10-15 คนแล้วลงทะเบียนไว้ ป้องกันการเก็บข้อมูลซ้ำซ้อน
4. นัดแนะวัน เวลา ที่แน่นอนสำหรับไปเก็บข้อมูลจากญาติสายตรงที่บ้านโดยเริ่มทำการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ถึงพฤหัสบดี เวลา 9.00-16.00 น.ของสัปดาห์ถัดไป รวมระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เมษายนถึงมิถุนายน 2550 โดยทำการเก็บข้อมูลวันละไม่เกิน 10 คน
5. จัดแจงวัตถุประสงค์การศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทราบเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยมีการให้เซ็นใบยินยอมตามแบบฟอร์มคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
6. การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามโดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำสถานีอนามัยจำนวน 3 คนที่ได้รับฟังคำชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อคน หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
7. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลหลังจากการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ทุกฉบับ หากพบว่าไม่ครบถ้วนก็ดำเนินการสอบถามเพิ่มเติมขณะนั้นทันที จนครบตามที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปที่ประกอบด้วยสถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิงดังนี้

1. สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน
2. สถิติอ้างอิงในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานดังนี้
 - 2.1 Pearson's product moment correlation coefficient ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุและดัชนีมวลกาย) กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน โดยก่อนการวิเคราะห์ ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ (Munro, 2001)

2.1.1 ข้อมูลมีระดับการวัดแบบ interval หรือ ratio scale

2.1.2 ข้อมูลมีการกระจายเป็นแบบปกติ (Normality) ตรวจสอบโดย Kolmogorov Smirnov test

2.1.3 ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ตรวจสอบโดย Scatter plot พบว่าข้อมูลดัชนีมวลกายไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์ Pearson's product moment correlation coefficient จึงใช้ Spearman correlation ในการวิเคราะห์

2.2 Chi-Square ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยการเข้าร่วมในการศึกษาเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ได้ผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 โดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ซึ่งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีความเครียดจากการตอบแบบสอบถามไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์ และทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 200 คน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (66.5%) มากกว่าเพศชาย (33.5%) มีอายุระหว่าง 18-59 ปี อายุเฉลี่ย 39.85 ปี (SD = 8.988) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (79.0%) เป็นบุตร ของผู้ป่วย รองลงมาคือน้องชายหรือน้องสาว (12.0%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (75.5%) มีสถานภาพสมรสคู่ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (50%) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง (38.5%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง (29.5%) สำหรับรายได้เฉลี่ย มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (58.0%) มีรายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ย 5,000-10,000 บาท/เดือน รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท/เดือน (15.0%), น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (10.0%) และมากกว่า 20,000 บาท/เดือน (12.0%) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย คือ 24.90 กก/ม² (SD = 4.29) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้ำหนักเกินและอ้วนในระดับต่างๆ

ประมาณหนึ่งในสาม (32%) มีดัชนีมวลกายปกติ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่พอมมีค่อนข้างน้อย (3%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	67	33.5
หญิง	133	66.5
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย 39.85 ปี SD=8.99		
ศาสนา		
พุทธ	148	74
คริสต์	1	.5
อิสลาม	51	25.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	158	79
บิดา	2	1
มารดา	6	3
พี่	10	5
น้อง	24	12
สถานภาพสมรส		
โสด	35	17.5
คู่	151	75.5
หม้าย หย่า แยก	14	7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	0	0
ประถมศึกษา	100	50
มัธยมศึกษา	62	31
อนุปริญญา	12	6
ปริญญาตรี	25	12.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	0	0
งานบ้าน	41	20.5
เกษตรกรรม	77	38.5
ค้าขาย	1	.5
ข้าราชการ	20	10
รับจ้าง	59	29.5
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	20	10
5,000-10,000	116	58
10,001-15,000	30	15
15,001-20,000	10	5
มากกว่า 20,000	24	12
ดัชนีมวลกาย (กก/ม²) ค่าเฉลี่ย 24.90 กก/ม² SD=4.28		
ผอม (<18.5)	6	3
ปกติ (18.5-22.9)	64	32
น้ำหนักเกิน (23-24.9)	49	24.5
อ้วนระดับ 1 (25-29.9)	57	28.5
อ้วนระดับ 2 (30-34.9)	19	9.5
อ้วนระดับ 3 (35-39.9)	3	1.5
อ้วนระดับ 4 (≥ 40)	2	1

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 140.46 (SD=15.63) คิดเป็น 63.85% ของคะแนนรวม เมื่อใช้เกณฑ์ 60% เป็น cut- off point พบว่าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีหรือเหมาะสม (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 31.43 (SD=7.92) คิดเป็น 62.85% ของคะแนนรวม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคอยู่ในระดับที่ดีหรือเหมาะสม (ตารางที่ 2)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 31.85 (SD=4.47) คิดเป็น 63.70% ของคะแนนรวม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอยู่ในระดับที่ดีหรือเหมาะสม (ตารางที่ 2)

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40.55 (SD=5.69) คิดเป็น 81.10% ของคะแนนรวม (50) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอยู่ในระดับที่ดีหรือเหมาะสม (ตารางที่ 2)

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36.64 (SD=7.20) คิดเป็น 52.34% ของคะแนนรวม แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (n=200)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	Possible range	Min-Max	Mean (SD)	Mean%	Meaning
การรับรู้โดยรวม	0-220	91-179	140.46(15.63)	63.85	เหมาะสม
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0-50	10-50	31.43(7.92)	62.85	เหมาะสม
การรับรู้ความรุนแรง	0-50	20-46	31.85(4.47)	63.70	เหมาะสม
การรับรู้ประโยชน์	0-50	12-50	40.55(5.69)	81.10	เหมาะสม
การรับรู้อุปสรรค	0-70	18-50	36.64(7.20)	52.34	ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 90.67 (SD=8.61) คิดเป็น 61.26% ของคะแนนรวม เมื่อใช้เกณฑ์ 60% เป็น cut-off point พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีหรือเหมาะสม (ตารางที่ 3)

เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 35.22 (SD=4.45) คิดเป็น 58.70% ของคะแนนรวม แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีหรือไม่เหมาะสม (ตารางที่ 3)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 28.12 (SD=4.65) คิดเป็น 70.30% ของคะแนนรวมแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีหรือเหมาะสม (ตารางที่ 3)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการผ่อนคลายความเครียดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27.33 (SD=3.97) คิดเป็น 56.94% ของคะแนนรวม แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการผ่อนคลายความเครียดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีหรือไม่เหมาะสม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (n=200)

พฤติกรรมการป้องกันโรค	Possible range	Min-Max	Mean (SD)	Mean%	Meaning
พฤติกรรมโดยรวม	0-148	67-144	90.67(8.61)	61.26	เหมาะสม
ด้านการรับประทานอาหาร	0-60	22-50	35.22(4.45)	58.70	ไม่เหมาะสม
ด้านการออกกำลังกาย	0-40	13-40	28.12(4.65)	70.30	เหมาะสม
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	0-48	13-41	27.33(3.97)	56.94	ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 เมื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงปกติของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน มีการแจกแจงเป็นแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = .758, p = .615$; $Z = .711, p = .692$; $Z = .749, p = .629$ ตามลำดับ) ส่วนดัชนีมวลกายไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 1.384, p = .043$) ดังนั้นในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานจึงใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation (r_p) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานใช้สถิติ Spearman Rank Correlation (r_s) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ซึ่งมีระดับการวัดแบบ Nominal scale ใช้สถิติไคสแควร์ในการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = .154, p=.029$) (ตารางที่ 4) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมี

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดีหรือเหมาะสมกว่า ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม เมื่อทำการวิเคราะห์รายด้าน พบว่าอายุมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารและการ ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = .221, p = .002$; $r_p = .143, p = .044$) แสดงว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารและการออก กำลังกายที่ดีหรือเหมาะสมส่วนผู้ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการ รับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยรวมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .168$; $p=.018$) แสดงว่า แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดีหรือเหมาะสม ส่วนผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ดัง แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (n=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(p-value)			
	พฤติกรรม โดยรวม	การรับประทานอาหาร	การออกกำลังกาย	การคลายเครียด
อายุ (ปี)	$r_p .154 (.029)$	$r_p .221(.002)$	$r_p .143(.044)$	$r_p .080(.259)$
ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)	$r_s .168 (.018)$	$r_s .000(.995)$	$r_s .093(.192)$	$r_s .168(.017)$

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ และรายได้ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้วยสถิติไคสแควร์ โดยแบ่ง พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเป็นพฤติกรรมที่ดีหรือเหมาะสมกับพฤติกรรมที่ไม่ดีหรือไม่ เหมาะสมโดยใช้ cut-off point ที่ 60% ดังแสดงในตารางที่ 5 พบว่า เพศกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .159, p=.690$) โดยเพศชายมีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสม 43 คน (64.2%) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม 24 คน (35.8%) ซึ่งใกล้เคียงกับเพศหญิงที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม 80 คน (60.2%) มี พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม 53 คน (39.8%)

สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($\chi^2 = .943, p=.624$) ดังแสดงในตารางที่ 5 นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด คู่และ

หม้าย หย่า แยกมีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมจำนวน 16 คน (45.7%), 56 คน (37.1%) และ 5 คน (35.7%) ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด คู่ และหม้าย หย่า แยกมีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ดีหรือเหมาะสมจำนวน 19 คน (54.3%), 95 คน (62.9%) และ 9 คน (64.3%) ตามลำดับ

ระดับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 3.747, p=.154$) (ตารางที่ 5) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมจำนวน 39 คน (39%) มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ดีหรือเหมาะสมจำนวน 61 คน (61%) ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญา มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมจำนวน 24 คน (32.4%) มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ดีหรือเหมาะสมจำนวน 50 คน (67.6%) และผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่เหมาะสม 14 คน (53.8%) และเหมาะสม 12 คน (46.6%) ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างแต่ละระดับการศึกษา

อาชีพกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.595, p=.086$) (ตารางที่ 5) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงาน/งานบ้าน มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่เหมาะสม 17 คน (39.5%) มีพฤติกรรมที่เหมาะสม 26 คน (60.5%) ซึ่งใกล้เคียงกับอาชีพอื่นๆ คือ ผู้ที่มีอาชีพรับราชการ เกษตรกรรมและรับจ้าง/ค้าขาย มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่เหมาะสม 8 คน (40%), 22 คน (28.6%) และ 30 คน (50%) ตามลำดับ และมีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เหมาะสม 12 คน (60%), 55 คน (71.4%) และ 26 คน (60.5%) ตามลำดับ

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .435, p=.980$) (ตารางที่ 5) จากผลการวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยแตกต่างกันคือ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท รายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท รายได้ระหว่าง 15,001-20,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เหมาะสมใกล้เคียงกันคือ 7 คน (35%), 44 คน (37.9%), 13 คน (43.3%), 4 คน (40%) และ 9 คน (37.5%) ตามลำดับ และมีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่เหมาะสมคือ 13 คน (65%), 72 คน (62.1%), 17 คน (56.7%), 6 คน (60%) และ 15 คน (62.5%) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติ
สายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 (n=200)

ตัวแปร	พฤติกรรม		χ^2	p
	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
	n(%)	n(%)		
เพศ				
ชาย	24(35.8)	43(64.2)	.159	.690
หญิง	53(39.8)	80(60.2)		
สถานภาพสมรส				
โสด	16(45.7)	19(54.3)	.943	.624
คู่	56(37.1)	95(62.9)		
หม้าย หย่า แยก	5(35.7)	9(64.3)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	39(39)	61(61)	3.747	.154
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	24(32.4)	50(67.6)		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	14(53.8)	12(46.6)		
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน/งานบ้าน	17(39.5)	26(60.5)	6.595	.086
รับราชการ	8(40)	12(60)		
เกษตรกรรม	22(28.6)	55(71.4)		
รับจ้าง/ค้าขาย	30(50)	30(50)		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติ
สายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 (n=200) (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรม		χ^2	p
	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
	n(%)	n(%)		
รายได้เฉลี่ย (บาท/ เดือน)				
ต่ำกว่า 5,000	7(35)	13(65)	.435	.980
5,000-10,000	44(37.9)	72(62.1)		
10,001-15,000	13(43.3)	17(56.7)		
15,001-20,000	4(40)	6(60)		
มากกว่า 20,000	9(37.5)	15(62.5)		

ดังแสดงในตารางที่ 6 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .223, p = .001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดี เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมเป็นรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร ($r = .156, p = .028$) พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r = .180, p = .011$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r = .163, p = .022$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการผ่อนคลายความเครียดและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดี

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม รวมทั้งพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แต่ที่ความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r = .195, p = .006$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานที่ดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการผ่อนคลาย

ความเครียดที่ดี นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการออกกำลังกาย ($r = .185, p = .009$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r = .199, p = .005$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานที่ดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดี อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 (n=200)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (p-value)			
	พฤติกรรมโดยรวม	การรับประทานอาหาร	การออกกำลังกาย	การคลายเครียด
การรับรู้โดยรวม	.223 (.001)	.124(.079)	.101(.154)	.226(.001)
การรับรู้ความเสี่ยง	.162(.022)	.156(.028)	-.003(.966)	.180(.011)
การรับรู้ความรุนแรง	.052(.461)	-.043(.547)	.056(.427)	.096(.178)
การรับรู้ประโยชน์	.094(.188)	.007(.920)	.003(.962)	.195(.006)
การรับรู้อุปสรรค	.199(.005)	.120(.092)	.185(.009)	.080(.263)

บทที่ 5

การอภิปรายผลการศึกษา

การอภิปรายผลการศึกษาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค
- ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน
- ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-59 ปี อายุเฉลี่ย 39.85 ปี (SD=8.98) ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน เป็นเพศหญิง (66.5%) มากกว่าเพศชาย (33.5%) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลประชากรจังหวัดพังงาปี 2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ที่พบว่าประชากรโดยรวมของจังหวัดพังงาเป็นเพศหญิง 64.5 % เพศชาย 35.5 % อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (74%) นับถือศาสนาพุทธซึ่งแตกต่างจากสถิติข้อมูลประชากรของอำเภอทับปุดที่พบว่าประชากรมากกว่าครึ่งนับถือศาสนาอิสลาม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบเจาะจง จึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (75.5%) มีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (79%) รองลงมาคือพี่น้อง (17%) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะครอบครัวในสังคมไทยที่มักจะอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งตรงกับการสำรวจสำมะโนประชากรของจังหวัดพังงา ในปี 2550 ที่พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ของจังหวัดพังงาได้รับการศึกษาเฉลี่ยในระดับประถมศึกษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ประมาณหนึ่งในสาม (38.5%) ของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือรับจ้าง (29.5%) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (58%) มีรายได้เฉลี่ยในระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของจังหวัดพังงาในปี 2549 ที่พบว่ารายได้เฉลี่ยของประชากร 7,000 บาทต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) นอกจากนี้

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างครั้งนี้คือ 24.90 กก/ม² (ตารางที่ 1) ซึ่งเท่ากับกับค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในการสำรวจภาวะโภชนาการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภอทับปุดในปี 2549 (โรงพยาบาลทับปุด, 2549) ซึ่งแสดงว่ามีภาวะน้ำหนักเกินเมื่อใช้เกณฑ์ประเมินภาวะโภชนาการของคนเอเชีย (Inoue & Zimmet, 2000)

สำหรับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (ตารางที่ 2) ผลการศึกษาค้างครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีหรือเหมาะสม (63.85%) โดยที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานมากที่สุด (81.10%) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (63.70%) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (62.85%) ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีหรือเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวทางการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากนี้หากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสร้อยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ว่าคุณนั้นมีความรุนแรง การรับรู้ทั้งสองส่วนนี้จะร่วมกันก่อให้เกิดการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคนั้นต่อตนเองและจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ถ้าระดับภาวะคุกคามต่ำก็จะไม่สนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่ถ้าเมื่อใดที่ระดับภาวะคุกคามสูง พฤติกรรมสุขภาพก็จะเกิดขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างครั้งนี้เป็นญาติสายตรงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ดี จึงจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างครั้งนี้ที่พบว่ายังอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม (52.34%) หรือมีการรับรู้อุปสรรคมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความเป็นไปในทางปฏิบัติยังมีน้อยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้เป็นโรค

ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการศึกษาค้างครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีหรือเหมาะสม (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์แยกเป็นรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกายเหมาะสมแต่พฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารและด้านการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในพื้นที่อำเภอทับปุด มีการรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายอย่างกว้างขวางและมีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ประจำโรงพยาบาล โดยมีอุปกรณ์การออกกำลังกายหลายประเภทและมีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในระดับอำเภอและจัดให้สถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอรวบรวมกลุ่มชาวบ้านในการออกกำลังกายเป็นประจำ (โรงพยาบาลทับปุด, 2549) พร้อมทั้งได้รับการประเมินสมรรถภาพของร่างกาย โดยวัดความจุของปอดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็น

การสร้างรูปแบบในการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหาร ที่พบว่ายังไม่เหมาะสมนั้น สามารถอธิบายว่าอาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร (ตารางที่ 1) ซึ่งต้องใช้แรงงานและเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานค่อนข้างมาก จึงอาจมุ่งเน้นการรับประทานอาหารในด้านปริมาณเพื่อให้ได้พลังงานมากกว่าการมุ่งเน้นหรือคำนึงถึงคุณภาพของอาหาร ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการผ่อนคลายความเครียดนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในสังคมชนบท มักจะมีวิธีในการผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างจากคนในสังคมเมือง คือการไปพักผ่อนต่างจังหวัดหรือไปรับประทานอาหารนอกบ้านจะมีน้อยมาก เพราะสภาพเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่ดีหรือเหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2

ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าอายุและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากหรือดัชนีมวลกายมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยหรือดัชนีมวลกายน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้สามารถอธิบายสำหรับปัจจัยด้านอายุได้ว่าผู้ที่มีอายุมากมีประสบการณ์ชีวิตและผ่านการเรียนรู้หรือได้รับข้อมูลข่าวสารในระยะเวลาอันยาวนาน จึงมีความเข้าใจเหตุผลในแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิตร ทศจันทร์และคณะ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างเสริมสุขภาพของจังหวัดอุทัยธานี และงานวิจัยของ วารินทร์ ปุยทอง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อ.เมือง จ.กาญจนบุรี อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร สำหรับเหตุผลที่

สนับสนุนผลการศึกษาค้างนี้ที่พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่เหมาะสม อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมาก มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ดี ซึ่งพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดดังกล่าว เป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมในการศึกษาค้างนี้ ในขณะที่ผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยอาจไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

จากการทดสอบไคสแควร์พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 เหตุผลที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอาจเป็นเพราะว่าในสภาพสังคมปัจจุบัน ความแตกต่างระหว่างเพศมีน้อยลง ทั้งเพศหญิงและเพศชายต่างมีภาระหน้าที่เสมอภาคกัน จึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่างกัน สำหรับสถานภาพสมรสที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานนั้นอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งที่สมรสแล้วและโสดล้วนต้องมีการกิจและหน้าที่ในรูปแบบต่างๆ ดังนั้นสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจึงไม่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคแตกต่างกัน ซึ่งอาจแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่โสด เพราะมีแรงสนับสนุนจากครอบครัว (Glasgow & Toobert, 1988) ส่วนระดับการศึกษาที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานนั้นอธิบายได้ว่าคนที่มีการศึกษาสูงมิได้หมายความว่า จะมีพฤติกรรมสุขภาพดี เพราะการศึกษาที่ได้รับนั้นแสดงถึงความรู้เชิงวิชาการในภาพรวม ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับอาชีพที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานนั้น อาจเป็นเพราะบุคคลไม่ว่าจะมีสถานภาพในการทำงานอย่างไร ต่างก็มีความรับผิดชอบจึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับรายได้ของครอบครัวที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อธิบายได้ว่าการมีรายได้ที่มากไม่ได้บ่งบอกว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แม้รายได้จะเป็นปัจจัยทางสังคม ที่แสดงถึงความสามารถในการเข้าถึงระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาค้างนี้กับการศึกษาที่ผ่านมา (พิเชษฐ์ เจริญเกษ, 2540; นุชระพี สุทธิกุล, 2540; เรมवल นันทสุวัฒน์, 2524; วารินทร์ ปุยทอง, 2547; สุภา อินทร, 2547; สมจิตร ทศจันทร์และคณะ, 2547; Habbard et al, 1984; Nathanson, 1977; O'Neil, 1976) พบว่ามีความแตกต่างกันโดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษา (อดิญาณ์ ศรีเกษตริณและคณะ, 2547; กาญจนา ประสารปราน; 2535) ที่ให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาค้างนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 6) พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r_p = .223, p = .001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r_p = .226, p = .001$) ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมที่ดี มีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคในด้านการผ่อนคลายความเครียดซึ่งเป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น

เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้าน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r_p = .162, p = .022$) พฤติกรรมการป้องกันโรคด้านอาหาร ($r_p = .156, p = .028$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r_p = .180, p = .011$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม พฤติกรรมการป้องกันโรคด้านรับประทานอาหารและพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการผ่อนคลายความเครียดที่ดี จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างจึงนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยเฉพาะในด้านการ

รับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียด ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นุชระพี สุทธิกุล, 2540; พิเชษฐ์ เจริญเกษ, 2540; สมทรง สุขศิลป์, 2529; สุดา ภูทอง, 2529; Aho, 1979) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการออกกำลังกาย อาจเป็นเพราะว่าพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอยู่นั้น ไม่ได้เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยง แต่เกิดจากการปฏิบัติร่วมกันภายในกลุ่มที่มีการจัดตั้งขึ้นตามนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายเท่านั้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาบางการศึกษา (สุดา กิจกัญญา, 2531; Langlie, 1977) ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ที่พบว่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงนั้น (ตารางที่ 2) ไม่ได้นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวม จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ มุ่งเน้นอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จึงอาจทำให้ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานในครั้งนี้แตกต่างจากแนวคิดทฤษฎี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 6 พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r = .195, p = .006$) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ในการผ่อนคลายความเครียดของญาติสายตรงในการศึกษาค้นคว้านี้มีมากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการผ่อนคลายความเครียด จึงมีความเป็นไปได้และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งนี้ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถอธิบายเหตุผลได้ชัดเจนมากขึ้น

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการออกกำลังกาย ($r = .185, p = .009$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r = .199, p = .005$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดี อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6) สำหรับการรับรู้

ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r_p = .195, p = .006$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดในลักษณะที่เป็นไปตามธรรมชาติอยู่แล้ว ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงในการปฏิบัติ (Becker, 1974) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวสะท้อนถึงการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโดยการผ่อนคลายความเครียด ไม่ใช่การรับรู้ประโยชน์ด้านการรับประทานอาหารหรือการออกกำลังกาย

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r_p = .199, p = .005$) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_p = .185, p = .009$) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อย จะมีความเป็นไปได้สูงในการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลทัพบกจัดให้มีกลุ่มออกกำลังกายเป็นประจำ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคน้อย อย่างไรก็ตามผลการศึกษารั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (นุชระพี สุทธิกุล, 2540; พิเศษฐ์ เจริญเกษ, 2540; สุดา ภูทอง, 2529; Hallol, 1982) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (นุชระพี สุทธิกุล, 2540; พิเศษฐ์ เจริญเกษ, 2540; สุดา ภูทอง, 2529; Cumming, et al, 1979; Hallol, 1982) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลที่ว่าการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ป่วย ส่วนการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงอาจไม่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่ปฏิบัติตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 15 เมษายน 2550 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2550

กลุ่มตัวอย่างคือญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 จำนวน 200 คนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยให้มีกลุ่มตัวอย่างได้ไม่เกิน 5 คนต่อผู้ป่วย 1 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. เป็นเพศหญิงหรือชายที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปีและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. มีประวัติทางพันธุกรรมโดยมีบิดา มารดา บุตร พี่หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน
3. สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยลงนามในใบยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนคือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และ Test-retest reliability เท่ากับ 0.72 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการทดสอบความสัมพันธ์ของเพียร์สัน สเปียร์แมน และไคสแควร์

ผลการศึกษามีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.85 ปี ($SD = 8.988$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.5%) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (79%) มีสถานภาพสมรสคู่ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (50%) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมในสัดส่วนมากที่สุด (38.5%) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (58.0%) มีรายได้โดยเฉลี่ย 5,000-10,000 บาท/เดือน มีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายคือ 24.90 กก/ม² ($SD = 4.29$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (65%) มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ประมาณหนึ่งในสาม (32%) มีดัชนีมวลกายปกติและส่วนน้อย (3%) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมและด้านการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียดไม่เหมาะสม

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่อายุ ($r = .154, p = .029$) และดัชนีมวลกาย ($r = .168, p = .018$) ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ($r = .223, p = .001$) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($r = .162, p = .022$) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ($r = .199, p = .005$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อดีของการศึกษา

1. กรอบแนวคิดของการศึกษานี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงถึงความตรงเชิงโครงสร้างของการศึกษา และสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามเพื่อให้เกิดความชัดเจนของข้อคำถาม

ข้อจำกัดของการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

ข้อเสนอแนะของการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล การศึกษาทางการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งเน้นให้ญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 มีความตระหนักและมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร
2. ผลการศึกษาในครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเชิงทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและการศึกษาเชิงทดลอง รวมทั้งการศึกษาปัจจัยอื่นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาในเขตภูมิภาคอื่นๆที่มีบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้
3. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนและการศึกษาพยาบาลที่เชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

สุพัสชา วิลวัฒน์ 4836272 RACN/M

พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นพวรรณ เปียชื่อ Ph.D. (Nursing)

ประคอง อินทรสมบัติ ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป การศึกษาของสมาคมเบาหวานนานาชาติและองค์การอนามัยโลกคาดว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 150 ล้านคนในปี 2543 เป็น 215 ล้านคนในปี 2553 ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.4) อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบว่าสถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทย พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 2 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 4.4) ในปี 2539-2540 เป็น 5.32 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 10.8) ในปี 2547

โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2542) การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ สูญเสียไปโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตา ไต ระบบประสาท และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นภาระในการดูแลและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (สำนักพัฒนาวิชาการกรมการแพทย์, 2546) นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (วิทยา ศรีดามา, 2545)

สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยสำคัญคือ ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และความเครียด (พงศ์อมร บุนนาค, 2542; รัชตะ รัชตะนาวันและธิดา นิงสานนท์, 2544; วิทยา ศรีดามา, 2545;

อภิชาติ วิษณุรัตน, 2546) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อย่างไรก็ตามปัจจัยทางด้านพันธุกรรมไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ ญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยง การสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มเป้าหมายนี้ จึงมีความสำคัญและสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) ที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพเชิงรุก

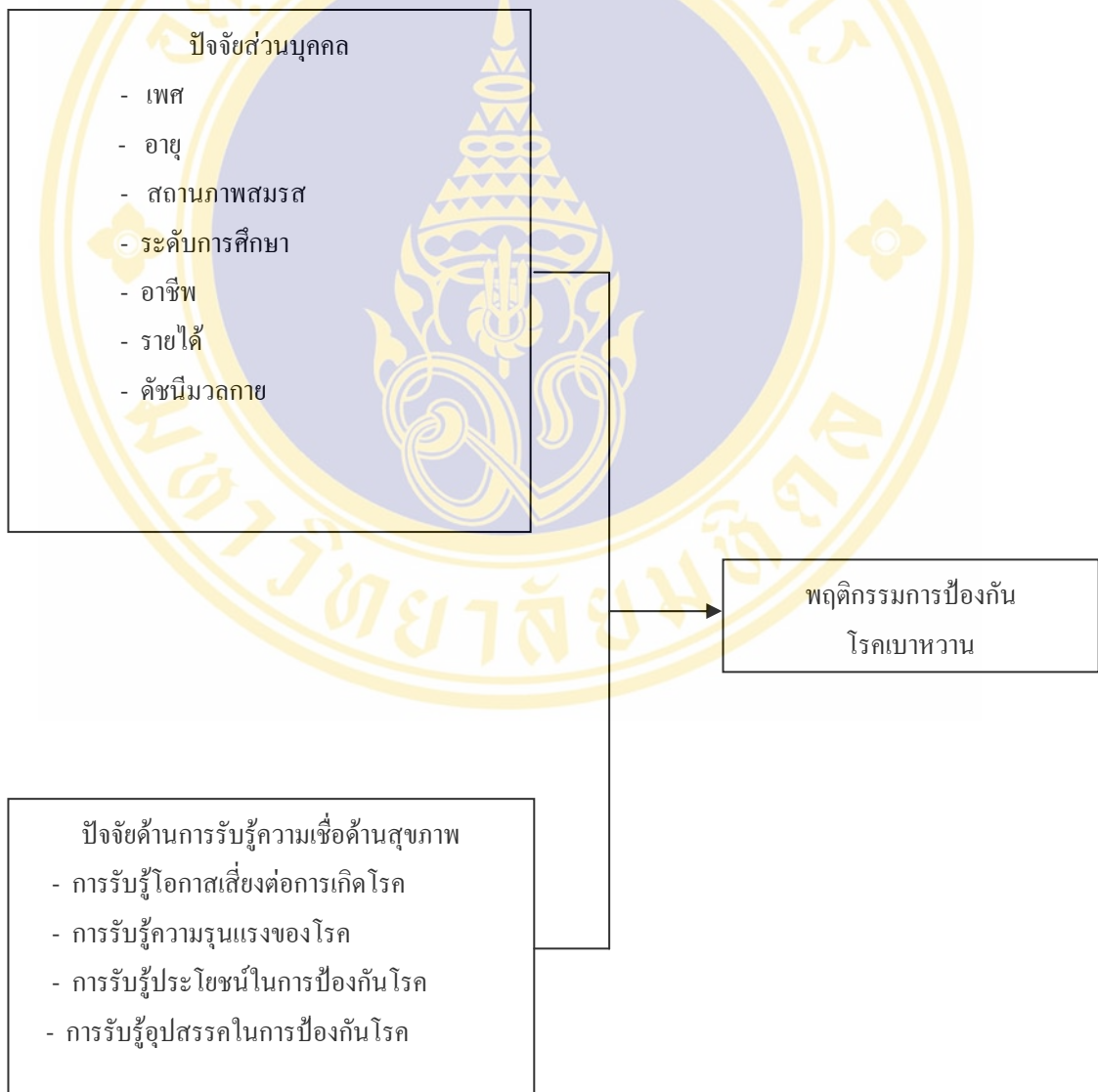
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker et al, 1974) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันและรักษาโรค โดยกล่าวว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงจะผลักดันให้บุคคลนั้นหลีกเลี่ยงจากการคุกคามของโรคโดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดโดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีผลกระทบในวงกว้าง อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดพังงามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2548) อำเภอทับปุดเป็นอำเภอหนึ่งที่พบปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันโดยในปี 2546 มีอัตราผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 1.5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.8 และร้อยละ 2.5 ในปี 2547 และ 2548 ตามลำดับ (โรงพยาบาลทับปุด, 2548) อีกทั้งอำเภอทับปุดเป็นชุมชนที่กำลังมีการขยายตัว วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การดูแลสุขภาพลดลงและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น (นุระพี สุทธิกุล, 2540; พิเชษฐ์ เจริญเกษ, 2540; สุดา ภูทอง, 2529; Hallol, 1982) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางสร้างเสริมสุขภาพของญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 อีกทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเชิงกว้างและลึกต่อไป

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และคณะ (1974) (ภาพที่ 1) ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลนั้น การที่บุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค โดยมีปัจจัยร่วมเข้ามาเกี่ยวข้อง จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ ในการศึกษานี้เนื่องจากผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งยัง

ไม่มีการศึกษามาก่อน ดังนั้นกรอบแนวคิดของการศึกษารั้งนี้จึงพัฒนาขึ้นโดยการเลือกองค์ประกอบที่สำคัญบางส่วนของทฤษฎีมาเป็นแนวทางในการศึกษา คือ การรับรู้ส่วนบุคคล (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค) ปัจจัยร่วม (ปัจจัยทางด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและ พฤติกรรมการป้องกันโรค)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ในจังหวัดพังงา

กลุ่มตัวอย่างคือญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 จำนวน 200 คนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยให้มีกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 5 คนต่อผู้ป่วย 1 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. เป็นเพศหญิงหรือชายที่มีอายุตั้งแต่ 18–59 ปีและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. มีประวัติทางพันธุกรรมโดยมีบิดา มารดา บุตร พี่หรือน้องเป็นโรคเบาหวาน

3. สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยลงนามในใบยินยอม

การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้ตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999: 500) ตามหลักการของ Power analysis โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ระดับ

ความมีนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.30 โดยอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมา (น้อมจิตต์ สกฤตพันธ์, 2535) ซึ่งพบขนาดอิทธิพลโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับกลาง ($r = 0.2774, p < .05$) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 197 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 200 คน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ คือบ้านหรือที่อยู่อาศัยของญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ในเขตอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนัก และส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale ที่มีตัวเลือก 6 ระดับตั้งแต่ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) และมีการกลับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-220 คะแนน คะแนนมากหมายถึง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพดีหรือเหมาะสม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการผ่อนคลายความเครียด ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale ที่มีตัวเลือก 5 ระดับตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) และมีการกลับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-148 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมที่ดีหรือเหมาะสมในการป้องกันโรคเบาหวาน

คุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ การตรวจสอบความเที่ยง

(Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และ Test-retest reliability เท่ากับ 0.72 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 และ 3 ด้วยตัวเองในระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2550 รวมระยะเวลา 2 เดือนโดยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทบทวนในการนัดหมายกับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิก การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากตัวผู้ป่วยเบาหวานที่ไปรับการตรวจรักษาในวันนัดที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลทบทวนโดยผู้วิจัยนัดหมายเวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับญาติสายตรงเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านโดยประสานงานกับตัวผู้ป่วยหรือญาติที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติสายตรงไม่เกิน 5 คนต่อผู้ป่วย 1 คน โดยเลือก เพศ และอายุของญาติสายตรงให้มีการกระจายที่เหมาะสมในการเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาวันละไม่เกิน 10 คนๆละ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้วยสถิติบรรยายและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation, Spearman rank correlation และ Chi-Square

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 จำนวน 200 คนเป็นเพศหญิง (66.5%) มากกว่าเพศชาย (33.5%) มีอายุระหว่าง 18-59 ปี อายุเฉลี่ย 39.85 ปี (SD = 8.988) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (79%) รองลงมาคือน้องชายหรือน้องสาว (12.0%) ส่วนใหญ่ (75.5%) มีสถานภาพสมรสคู่ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (50%) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก (38.5%) รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง (29.5%) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (58.0%) มีรายได้โดยเฉลี่ย 5,000-10,000 บาท/เดือน รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท/เดือน (15.0%), น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (10.0%) และมากกว่า 20,000 บาท/เดือน (12.0%) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายคือ 24.90 กก/ม² (SD = 4.29) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (65%) มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ประมาณหนึ่งในสาม (32%) มีดัชนีมวลกายปกติและส่วนน้อย (3%) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ดังแสดงในตารางที่ 1 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 140.46 (SD=15.63) คิดเป็น 63.85% ของคะแนนรวม เมื่อใช้เกณฑ์ 60% เป็น cut- off point พบว่าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีหรือเหมาะสม เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 31.43 ± 7.92 , 31.85 ± 4.47 , 40.55 ± 5.69 และ 36.64 ± 7.20 ตามลำดับโดยคิดเป็น 62.85%, 63.70%, 81.10% และ 52.34% ของคะแนนรวมตามลำดับ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับที่ดีหรือเหมาะสม ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม

ตารางที่ 1 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (n=200)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	Possible range	Min-Max	Mean (SD)	Mean%	Meaning
การรับรู้โดยรวม	0-220	91-179	140.46(15.63)	63.85	เหมาะสม
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0-50	10-50	31.43(7.92)	62.85	เหมาะสม
การรับรู้ความรุนแรง	0-50	20-46	31.85(4.47)	63.70	เหมาะสม
การรับรู้ประโยชน์	0-50	12-50	40.55(5.69)	81.10	เหมาะสม
การรับรู้อุปสรรค	0-70	18-50	36.64(7.20)	52.34	ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 90.67 (SD=8.61) คิดเป็น 61.26% ของคะแนนรวม เมื่อใช้เกณฑ์ 60% เป็น cut-off point พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีหรือเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการผ่อนคลายความเครียดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 35.22 ± 4.45 , 28.12 ± 4.65 และ 27.33 ± 3.97 โดยคิดเป็น 58.70%, 70.30% และ 56.94% ของคะแนนรวมตามลำดับ แสดงว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีหรือเหมาะสม ส่วนด้านการรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับไม่ดีหรือไม่เหมาะสม

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (n=200)

พฤติกรรมการป้องกันโรค	Possible range	Min-Max	Mean (SD)	Mean%	Meaning
พฤติกรรมโดยรวม	0-148	67-144	90.67(8.61)	61.26	เหมาะสม
ด้านการรับประทานอาหาร	0-60	22-50	35.22(4.45)	58.70	ไม่เหมาะสม
ด้านการออกกำลังกาย	0-40	13-40	28.12(4.65)	70.30	เหมาะสม
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	0-48	13-41	27.33(3.97)	56.94	ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = .154, p=.029$) (ตารางที่ 3) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดีหรือเหมาะสม ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม เมื่อทำการวิเคราะห์รายด้าน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = .221, p = .002$; $r_p = .143, p = .044$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ดีหรือเหมาะสม ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ในทำนองเดียวกัน ดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .168$; $p=.018$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดีหรือเหมาะสม ส่วนผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (n=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(p-value)			
	พฤติกรรมโดยรวม	การรับประทานอาหาร	การออกกำลังกาย	การคลายเครียด
อายุ (ปี)	$r_p .154 (.029)$	$r_p .221(.002)$	$r_p .143(.044)$	$r_p .080(.259)$
ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)	$r_s .168 (.018)$	$r_s .000(.995)$	$r_s .093(.192)$	$r_s .168(.017)$

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้วยสถิติไคสแควร์ โดยแบ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเป็นพฤติกรรมที่ดีหรือเหมาะสมกับพฤติกรรมที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมโดยใช้ cut-off point ที่ 60% พบว่าเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังแสดงในตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p = .223, p = .001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดี เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร ($r_p = .156, p = .028$) พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r_p = .180, p = .011$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r_p = .163, p = .022$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการผ่อนคลายความเครียดและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดี

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r_p = .195, p = .006$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการผ่อนคลายความเครียดที่ดี นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการออกกำลังกาย ($r_p = .185, p = .009$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r_p = .199, p = .005$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานต่ำ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดี อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 (n=200)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (p-value)			
	พฤติกรรมโดยรวม	การรับประทาน	การออกกำลังกาย	การคลายเครียด
การรับรู้โดยรวม	.223 (.001)	.124(.079)	.101(.154)	.226(.001)
การรับรู้ความเสี่ยง	.162(.022)	.156(.028)	-.003(.966)	.180(.011)
การรับรู้ความรุนแรง	.052(.461)	-.043(.547)	.056(.427)	.096(.178)
การรับรู้ประโยชน์	.094(.188)	.007(.920)	.003(.962)	.195(.006)
การรับรู้อุปสรรค	.199(.005)	.120(.092)	.185(.009)	.080(.263)

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี อายุเฉลี่ย 39.85 ปี (SD=8.98) ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลประชากรจังหวัดพังงา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (74%) นับถือศาสนาพุทธซึ่งแตกต่างจากสถิติข้อมูลประชากรของอำเภอทับปุดที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นแบบเจาะจง จึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (79%) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร หรือพี่น้อง (17%) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะครอบครัวในสังคมไทยที่มักจะอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งตรงกับการสำรวจสำมะโนประชากรของจังหวัดพังงา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ประมาณหนึ่งในสาม (38.5%) ของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (58%) มีรายได้เฉลี่ยในระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของจังหวัดพังงาในปี 2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้คือ 24.90 กก/ม² ซึ่งเท่ากับค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในการสำรวจภาวะโภชนาการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภอทับปุดในปี 2549 (โรงพยาบาลทับปุด, 2549) ซึ่งแสดงว่ามีภาวะน้ำหนักเกินเมื่อใช้เกณฑ์ประเมินภาวะโภชนาการของคนเอเชีย (Inoue & Zimmet, 2000)

สำหรับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (ตารางที่ 1) ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (63.85%) โดยที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน

โรคเบาหวานมากที่สุด (81.10%) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (63.70%) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (62.85%) ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเช่นกันและสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของแบบแผนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากนี้ หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรง การรับรู้ทั้งสองส่วนนี้จะร่วมกันก่อให้เกิดการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคนั้นต่อตนเองและจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ถ้าระดับภาวะคุกคามต่ำก็จะไม่สนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่ถ้าเมื่อใดที่ระดับภาวะคุกคามสูง พฤติกรรมสุขภาพก็จะเกิดขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติสายตรงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ดี จึงจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สำหรับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานที่พบว่ายังอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม (52.34%) หรือมีการรับรู้อุปสรรคมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความเป็นไปในทางปฏิบัติยังมีน้อยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้เป็นโรค

ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกายเหมาะสมแต่การรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในพื้นที่อำเภอทับปุด มีการรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายอย่างกว้างขวางตามนโยบายของโรงพยาบาลทับปุด สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหาร ที่พบว่ายังไม่เหมาะสมนั้น สามารถอธิบายว่าอาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร ซึ่งต้องใช้แรงงานและเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานค่อนข้างมาก จึงอาจมุ่งเน้นการรับประทานอาหารในด้านปริมาณเพื่อให้ได้พลังงานมากกว่าคุณภาพของอาหาร ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการผ่อนคลายความเครียดนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในสังคมชนบท มักจะมีวิถีในการผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างจากคนในสังคมเมือง คือการไปพักผ่อนต่างจังหวัดหรือไปรับประทานอาหารนอกบ้านจะมีน้อยมาก เพราะสภาพเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วย

เบาหวานประเภท 2 พบว่าอายุและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากหรือมีดัชนีมวลกายมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมที่ไม่ดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่มีอายุมากมีประสบการณ์ชีวิตและผ่านการเรียนรู้หรือได้รับข้อมูลข่าวสาร จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (วารินทร์ ปุยทอง, 2547; สมจิตร ทักษิณทร์และคณะ, 2547) ที่พบความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับเหตุผลที่สนับสนุนว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่เหมาะสม สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมก จึงนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี ซึ่งพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดดังกล่าว เป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมในการศึกษาครั้งนี้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 พบว่าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมและพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด สามารถอธิบายได้ว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีในภาพรวมนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในด้านการผ่อนคลายความเครียดเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมที่ดี จึงมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคในด้านการผ่อนคลายความเครียดและโดยรวม

ผลการวิเคราะห์รายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r_p = .162, p = .022$) พฤติกรรมการป้องกันโรคด้านอาหาร ($r_p = .156, p = .028$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r_p = .180, p = .011$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม พฤติกรรมการป้องกันโรคด้านอาหารและพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการผ่อนคลายความเครียดที่ดี จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นุชระพี สุทธิกุล, 2540; พิเชษฐ์ เจริญเกษ, 2540; สมทรง สุข

ศิลป์, 2529; สุดา ภูทอง, 2529; Aho, 1979) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการออกกำลังกาย อาจเป็นเพราะว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ นั้น ไม่ได้เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยง แต่เกิดจากการปฏิบัติร่วมกันตามนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายของโรงพยาบาล

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ที่พบว่ายู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงนั้น ไม่ได้นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวม จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ มุ่งเน้นอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จึงอาจทำให้ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานในครั้งนี้แตกต่างจากแนวคิดทฤษฎี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4 พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในด้านการผ่อนคลายความเครียด ($r = .195, p = .006$) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ในการผ่อนคลายความเครียดของญาติสายตรงในการศึกษานี้มีมากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการผ่อนคลายความเครียด จึงมีความเป็นไปได้และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งนี้ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถอธิบายเหตุผลได้ชัดเจนมากขึ้น

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม ($r_p = .199, p = .005$) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_p = .185, p = .009$) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานที่ดี (มีอุปสรรคน้อย) จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อย จะมีความเป็นไปได้สูงในการปฏิบัติและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลทบทวนจัดให้มีกลุ่มออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคน้อย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (นุระพี สุทธิกุล, 2540; พิเชษฐ์ เจริญเกษ, 2540; สุดา ภูทอง, 2529; Hallol, 1982) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลที่ว่า กลุ่ม

ตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงไม่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคว่าเป็นผลมาจากการรับรู้ส่วนบุคคล (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค) ปัจจัยร่วม (เพศและดัชนีมวลกาย) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค)

ข้อจำกัดของการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น เครื่องมือที่ใช้พัฒนาขึ้นใหม่โดยผู้วิจัย ต้องได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งข้อมูลน้ำหนักตัวและส่วนสูงที่นำมาใช้ในการประเมินดัชนีมวลกายได้จากการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะของการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งเน้นให้ญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 มีความตระหนักและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน นอกจากนี้ผลการศึกษายังใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษารั้งต่อไปที่อาจมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมเช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้างและควมมีการศึกษาในเขตภูมิภาคอื่นๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้หรือการศึกษาในระดับประเทศเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งในเชิงกว้างและลึก ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการศึกษาของพยาบาลและเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานต่อไป

ASSOCIATION OF HEALTH BELIEF PERCEPTIONS AND DIABETIC
PREVENTIVE BEHAVIORS IN FIRST DEGREE RELATIVES OF PATIENTS
WITH DM TYPE 2

SUPACHAYA WINVAT 4836272 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORS: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D. (NURSING),
PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed. (NURSING ADMIN.)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

As a result of changes in life style and health behavior, Diabetes Mellitus (DM) becomes a significant public health problem for all countries. The study conducted by the International Diabetes Federation and the World Health Organization expected that number of diabetic patients will increase from 150 millions in 2000 to 215 millions in 2010. Most of them (75.4%) are in developing countries. In Thailand, the situation of DM tends to increase. Survey by the Health Research Institute reported that number of patients with DM has increased from 2 millions with a prevalence of 4.4% in 1996-1997 to 5.32 millions with 10.8% prevalence in 2004.

Diabetes has physical, mental, social, and economic impacts on individual patients and their family (Keeratiyuthwong, 1999). Prolonged high blood sugar involves organ dysfunction, particularly ophthalmological, renal, and neurological functions as well as other complications that lead to a burden of care, increased health care expenditure, and mortality due to heart disease (Division of Medical Academic development, 2003; Sridama, 2002)

Causes of DM are genetic and environmental factors. Major factors include obesity, lack of exercise, inappropriate food consumption behavior, and stress

(Bunnag, 1999; Rajatanavin & Ningsanont, 2001; Sridama, 2002; Witchanrat, 2003). These factors can be modified. However, genetic factors cannot be modified. Therefore, a major concern is that first degree relatives of diabetic patients are at risk. Promoting preventive behavior in this population is important and consistent with the 10th national health development plan (2007-2011) that addresses health promotion.

The Health Belief Model (Becker et al, 1974) explains health behavior of persons through undertaking preventive behavior. Becker (1974) stated that persons' perception of risk and severity of disease result in avoiding threat to disease through decision making of the best action and comparing beneficial action and its limitation.

Literature review indicated that diabetes is a major health problem with various impacts. In Phang-nga province, diabetes tends to increase every year (Phang-nga Health Office, 2005). Tubpud is a district with an increase in diabetic rate. Morbidity rate increased from 1.5% of the population in 2003 to 1.8%, and 2.5% in 2004 and 2005, respectively (Tubpud hospital, 2005). In addition, the district is currently extended community with changes in people's life style, resulting in increased health problem. Most of the previous studies addressed health belief pattern and health behavior among diabetic patients as a target population (Charoenket, 1997; Hallol, 1982; Phutong, 1986; Suthikul, 1997). However, there was no study conducting on health belief perception and diabetic preventive behavior in first degree relatives of diabetic patients. This study is therefore significant and beneficial for developing an approach to health promotion in first degree relative of patients with type 2 diabetes. Moreover, results from this study provide basic information for next studies with more depth and breadth.

Conceptual Framework

The Health Belief Model (Becker, 1974) was used as conceptual framework of this study (Figure 1). Becker (1974) stated that preventive behavior of a person results from perception of health behavior of that person. Perceived risk and severity of disease, and perceived benefit of and barrier to disease prevention together with modifying factors lead to healthy behavior. In this study, the researcher aimed to describe perception of health belief related to DM among first degree relatives of diabetic patients. There is no previous study existed, therefore, conceptual framework

of this study was developed by selecting some major components of the Health Belief Model to be studied. The conceptual framework of this study included individual perception (perceived risk and perceived severity of disease), modifying factors (demographic variables including gender, age, religion, relationship with patients, marital status, education, occupation, income, and body mass index), and likelihood of action (perceived benefits of and perceived barriers to disease prevention).

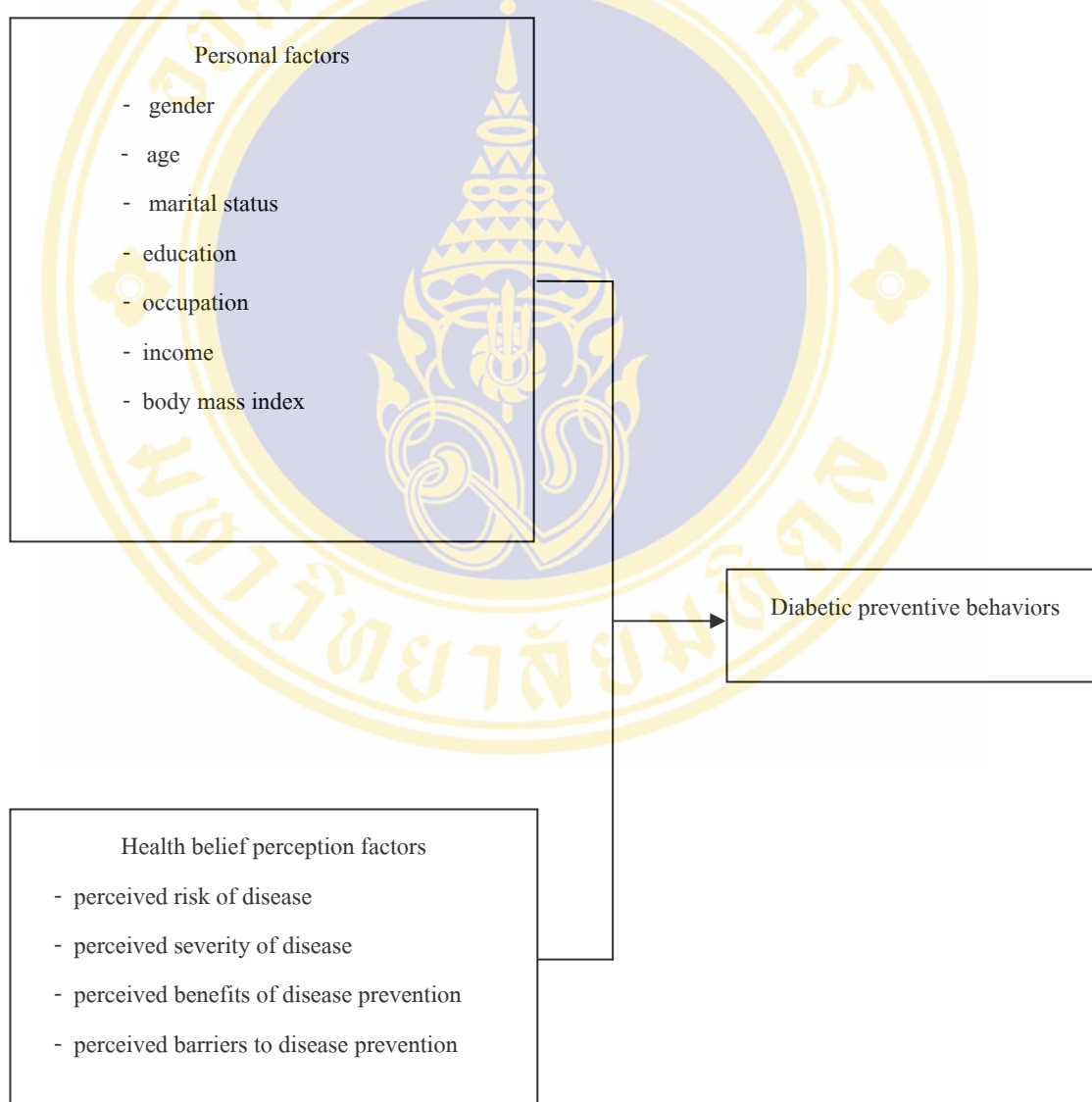


Figure 1 Conceptual framework of the study

Purpose of the study

1. To describe personal factors (gender, age, marital status, education, occupation, income, body mass index), health belief perception factors (perceived risk of disease, perceived severity of disease, perceived benefits of disease prevention, perceived barriers to disease prevention) and diabetic preventive behaviors in first degree relatives of patients with diabetic type 2.

2. To examine correlation between personal factors (gender, age, marital status, education, occupation, income, body mass index) and diabetic preventive behaviors in first degree relatives of patients with diabetic type 2.

3. To examine correlation between health belief perception factors (perceived risk of disease, perceived severity of disease, perceived benefits of disease prevention, perceived barriers to disease prevention) and diabetic preventive behaviors in first degree relatives of patients with diabetic type 2.

Methods

Research design

Correlational design was used in this study.

Population and Sample

Population in this study was first degree relatives of patients with DM type 2 in Phang-nga province

Sample, with no more than five relatives per one patient, included 200 first degree relatives of patients with DM type 2 living in Tubpud district, Phang-nga province. Through purposive sampling, they were selected based on the following inclusion criteria.

1. Female or male aged 18-59 years who have not been diagnosed of DM
2. Having genetic by having father, mother, children, brother, sister with DM
3. Being able to speak, listen, read, and write in Thai.
4. Willing to participate in the study with signed inform consent

Determination of sample size was based on power analysis using the Cohen's estimated table (Polit & Hungler, 1999: 500). For this correlational study, a power of 0.8, a significant level of .05, and an effect size of .30 were set according to a previous study (Sakulpan, 1992) that reported medium effect size ($r = 0.2774$, $p < .05$). According to the table, a sample of 197 was achieved. Only a few were added in order to substitute incomplete response, achieving total sample of 200.

Setting

Setting for data collection in this study was samples' home in communities of Tubpud district, Phang-nga Province.

Instruments

Research instruments used for data collection in this study included the following three parts.

1. Demographic questionnaire consisted of information on gender, age, religion, relationship with diabetic patient, marital status, education, occupation, income, and body weight and height.
2. Health belief perception questionnaire was developed by the researcher based on literature review and the theory of Health Belief Model (Becker, 1974). The questionnaire included 44 items with 4 dimensions: perceived risk of disease, perceived severity of disease, perceived benefits of disease prevention, and perceived barriers to disease prevention. The response was 6-point Likert scale ranging from disagree (0) to strongly agree (5). The score was reversed for negative statement. Total scores range from 0-220. Higher score indicated more appropriate health belief perception.
3. Diabetic preventive behavior questionnaire was developed by the researcher based on literature review and the theory of Health Belief Model (Becker, 1974). The questionnaire included 37 items with 3 dimensions: food behavior, exercise, and relaxation. The response was 5-point Likert scale ranging from never (0) to regularly (4). The score was reversed for negative statement. Total scores range from 0-148. Higher score indicated better preventive behavior.

Quality of the instruments

Content validity of the Health belief perception questionnaire and the Diabetic preventive behavior questionnaire was examined by 3 experts. Revision was made based on experts' comments. Reliability as reported by Cronbach's alpha coefficient was 0.89 for the Health belief perception questionnaire and Test-retest reliability was 0.72 for the Diabetic preventive behavior questionnaire.

Data collection procedure

The Human Subject Review Committee at Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University approved the study. Data were collected by the researcher during 2-month period, April-June, 2007. The researcher made appointment to collect data from the sample at their home by using interview from the questionnaire that took approximately 20-30 minutes per person with no more than 10 persons a day.

Data analysis

Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Pearson's product moment correlation, Spearman rank correlation, and Chi-Square.

Results

Results of this study were organized into 4 parts.

1. Sample characteristics
2. Health belief perception
3. Diabetic preventive behavior
4. Correlation between personal factors, health belief perception, and diabetic preventive behavior

1. Sample characteristics

Sample in this study included 200 first degree relatives of diabetic type 2 patients. Majority of them were (66.5%) more than male (33.5%). Their mean age was 39.85 years (SD = 8.988), ranging from 18-59 years. Most of the sample were

children of the diabetic patients (79%). About 12% were brother or sister. Marital status of most samples was marriage (75.5%). Half of them had primary education. More than one-third of them were farmers (38.5%). Approximately one-third were employees (29.5%). More than half of the sample (58.0%) had income 5,000-10,000 baht/month. Average body mass index among the sample was 24.90 Kg/m² (SD = 4.29). Using cut off point for Asian, most of them were overweight and obesity (65%) whereas only 3% were underweight. About one-third (32%) were normal.

2. Health belief perception

As demonstrated in Table 1, total score for health belief perception in this sample was 140.46 (SD=15.63) at average, representing 63.85% of total score. When using cut-off point at 60%, it was found that average of health belief perception was good or appropriate. Further analysis with subscale revealed that average score for perceived risk of diabetes, perceived severity of diabetes, perceived benefits of diabetic prevention, and perceived barriers to diabetic prevention was 31.43 ± 7.92 , 31.85 ± 4.47 , 40.55 ± 5.69 , and 36.64 ± 7.20 , respectively. Percentage of total score was 62.85%, 63.70%, 81.10% and 52.34%, respectively. Results indicated that this sample perceived risk and severity of having diabetes, and perceived benefits of diabetic prevention as appropriate whereas perceived barriers to diabetic prevention was not appropriate.

Table 1 Health belief perception (n=200)

Health belief perception	Possible range	Min-Max	Mean (SD)	Mean%	Meaning
Total perception	0-220	91-179	140.46(15.63)	63.85	Appropriate
Perceived risk	0-50	10-50	31.43(7.92)	62.85	Appropriate
Perceived severity	0-50	20-46	31.85(4.47)	63.70	Appropriate
Perceived benefits	0-50	12-50	40.55(5.69)	81.10	Appropriate
Perceived barriers	0-70	18-50	36.64(7.20)	52.34	Inappropriate

3. Diabetic preventive behaviors

Results revealed that mean score for total behavior among the first degree relatives of diabetic type 2 patients was 90.67 (SD=8.61), which was 61.26% of total score. Using the criteria of 60% as cut-off point, it was found that diabetic preventive behaviors of the sample was appropriate, as illustrated in Table 2. Further analysis at subscale reported that mean score for diabetic preventive food behavior, diabetic preventive exercise behavior, and diabetic preventive relaxation behavior was 35.22 ± 4.45 , 28.12 ± 4.65 , and 27.33 ± 3.97 , which was 58.70%, 70.30%, and 56.94% of total score, respectively. Results indicated that diabetic preventive exercise behaviors was appropriate while diabetic preventive food behaviors and relaxation behaviors were inappropriate.

Table 2 Diabetic preventive behaviors (n=200)

Preventive behaviors	Possible range	Min-Max	Mean (SD)	Mean %	Meaning
Total behaviors	0-148	67-144	90.67(8.61)	61.26	Appropriate
Food behaviors	0-60	22-50	35.22(4.45)	58.70	Inappropriate
Exercise behaviors	0-40	13-40	28.12(4.65)	70.30	Appropriate
Relaxation behaviors	0-48	13-41	27.33(3.97)	56.94	Inappropriate

4. Correlation between personal factors, health belief perception, and diabetic preventive behaviors in first degree relatives of diabetic type 2 patients

Results from data analysis using Pearson's Product Moment correlation found that age had positive correlation with total score for diabetic preventive behaviors in first degree relative of diabetic type 2 patients ($r_p = .154$, $p=.029$) (Table3), indicating that the sample with increasing age have more appropriateness for diabetic preventive behaviors whereas those with younger age have less appropriate behaviors. Further analysis revealed that age had significantly positive correlation with diabetic preventive food behaviors and exercise behaviors ($r_p = .221$, $p = .002$; $r_p = .143$, $p =$

.044), indicating that the sample with more age have more appropriate diabetic preventive food and exercise behaviors whereas those with younger age have less appropriate food and exercise behaviors. Similarly, body mass index had statistically significant positive correlation with diabetic preventive behaviors ($r_s = .168$; $p=.018$), indicating that the sample with more body mass index had more appropriate diabetic preventive behaviors whereas those with less body mass index had less appropriate preventive behaviors (Table 3).

Table 3 Correlations between personal factors and diabetic preventive behaviors (n=200)

Personal factors	Correlation coefficient (p-value)			
	Total behaviors	Food behaviors	Exercise behaviors	Relaxation
Age (years)	$r_p .154 (.029)$	$r_p .221(.002)$	$r_p .143(.044)$	$r_p .080(.259)$
BMI (Kg/m ²)	$r_s .168 (.018)$	$r_s .000(.995)$	$r_s .093(.192)$	$r_s .168(.017)$

Regarding correlation between other personal factors (gender, marital status, education, occupation, and income) and diabetic preventive behaviors, Chi-square test revealed that there was no statistically significant correlation between gender, marital status, education, occupation, income and diabetic preventive behaviors.

As illustrated in Table 4, Pearson's product moment correlation showed that there was statistically significant **positive correlation** between health belief perception and diabetic preventive behaviors in the first degree relatives of diabetic type 2 patients ($r_p =.223$, $p=.001$), indicating that the sample with higher level of health belief perception had more appropriate diabetic preventive behaviors. Additional analysis revealed that perceived risk of diabetes had positive correlation with diabetic preventive food behaviors ($r_p =.156$, $p=.028$), relaxation behaviors ($r_p =.180$, $p=.011$), and total diabetic preventive behaviors ($r_p =.163$, $p=.022$). The results indicated that the sample with higher perception of risk have more appropriate diabetic preventive food behaviors, relaxation behaviors, and total diabetic preventive behaviors.

Perceived benefits of diabetic prevention had positive correlation with diabetic preventive relaxation behaviors ($r_p = .195$, $p = .006$), indicating that the sample who

have high perceived benefits of diabetic prevention had appropriate relaxation behaviors. Moreover, perceived barriers to diabetic prevention had positive correlation with diabetic preventive exercise behaviors ($r_p = .185$, $p = .009$), and total diabetic preventive behaviors ($r_p = .199$, $p = .005$). Results indicated that the sample with less perceived barriers to diabetic prevention had appropriate exercise behaviors and total preventive behaviors. However, there was no correlation between perceived severity of diabetes and total preventive behaviors as well as subscale (Table 4).

Table 4 Correlation between health belief perception and diabetic preventive behaviors in first degree relatives of diabetic type 2 patients (n=200)

Health belief perception	Pearson's correlation coefficient (p-value)			
	Total behaviors	Food behaviors	Exercise behaviors	Relaxation behaviors
Total perception	.223 (.001)	.124(.079)	.101(.154)	.226(.001)
Perceived risk	.162(.022)	.156(.028)	-.003(.966)	.180(.011)
Perceived severity	.052(.461)	-.043(.547)	.056(.427)	.096(.178)
Perceived benefits	.094(.188)	.007(.920)	.003(.962)	.195(.006)
Perceived barriers	.199(.005)	.120(.092)	.185(.009)	.080(.263)

Discussion

Most of the sample aged ranging from 18-59 years with average of 39.85 years (SD=8.98). These samples were in working age and were female more than male. The result was consistent with data from a population survey by Phang-nga Province (National Statistic Office, 2006). However, majority of the sample in this study were Buddhist (74%) which is different from the survey data of Tubpud district that found Muslim as a major religion (National Statistic Office, 2006). It is possible that sample selection was purposive, therefore, could not represent the population. The findings showed that most of the sample were related to diabetic patients as their children (79%) or sibling (17%) which are consistent with character of extended family in Thailand. Half of the sample obtained primary education. About one-third of the sample (38.5%) were farmers. More than half of them (58%) had income 5,000 -

10,000 Baht/month. These data are consistent with consensus report of Phang-nga Province (National Statistic Office, 2006). In addition, average body mass index in this sample was 24.9 Kg/m² which is similar to the data reported from nutrition survey in populations at risk for DM at Tubpud Hospital in 2006 (Tubpud Hospital, 2006), indicating that people in Tubpud district are overweight when using classification of nutritional status developed for Asian (Inoue & Zimmet, 2000)

Results regarding health belief perception (Table 1) showed that score for total health belief perception was high (63.85%), including perceived benefits of diabetic prevention with the highest proportion (81.10%). The second rank is perceived severity of disease (63.70%) and perceived risk of disease (62.85%), respectively. The sample had quite high perception. The results are consistent with the Health Belief Model as stated by Becker (1974) that perceived benefit is important for health belief perception. Also, persons' perceived risk and severity of having disease lead to perceived threat and practicing health behaviors for those persons. Low level of perceived threat results in not having interest in practicing health behaviors, but high level of perceived threat results in health behaviors. The sample in this study, the first degree relatives of diabetic patients, did not have diabetes, therefore, their perceived benefits of diabetic prevention, perceived severity and perceived risk of disease could result in health behaviors. For inappropriateness of perceived barriers to diabetic prevention (52.34%) can be explained that likelihood to action is quite low because the sample were just a population at risk.

Regarding diabetic preventive behaviors, results revealed that total diabetic preventive behavior was appropriate (Table 2). Further analysis reported that although exercise behavior was appropriate, food behavior and relaxation behaviors was inappropriate. This can be explained that exercise had been promoted by the Tubpud Hospital according to the health promotion policy. The reason why diabetic preventive food behavior was not appropriate is that most people were farmers and employees who worked very hard. They probably were exhausted from their work after the day. They therefore, have food in quantity with high calories to serve their caloric need. For relaxation behavior, it was found that the samples' behavior was not appropriate. This may be due to the nature of the sample in having relaxation pattern that is different from other communities. Going to other province for relaxation or

going out for food is quite rare due to limitation in terms of economic (National Health Statistics, 2006). Moreover, some item asked in the questionnaire were unclear such as “You found that it is challenging in each day”, may lead to measurement error. However, overall diabetic preventive behavior in this sample was appropriate.

Correlation between personal factors (gender, age, occupation, marital status, education, income, and body mass index) and diabetic preventive behavior of first degree relatives of diabetic type 2 patients reported that age and body mass index were positive correlated with total diabetic preventive behavior where as no correlation was found between gender, occupation, marital status, education, income and total diabetic preventive behavior in this sample. The result indicated that the sample with increased age or increased body mass index had appropriate overall diabetic preventive behavior whereas the sample with younger age had inappropriate preventive behavior in over all. This can be explained that people with increased age had a numbers of life experiences and learning experiences including information through medias. They therefore, are able to understand about health and lead to acting health preventive behaviors, especially food and exercise behaviors. The results are similar to previous studies (Puitong, 2004; Taschan et al, 2004) that found correlation between age and health behaviors. However, the result in this study is different from a previous study (Suthikul, 1997) that found no correlation. The reason explaining the correlation between body mass index and preventive behavior is possible that the sample with high body mass index in this present study perceived risk of disease that led to cue to action and diabetic preventive behaviors.

Results from Pearson’s Product Moment Correlation revealed that total score for health belief perception had positive correlation with total score for preventive behavior and relaxation behavior. This can be explained that overall health behavior is mostly related with relaxation behavior. Therefore, sample with high level of health belief perception have appropriateness of overall preventive behavior and relaxation behavior.

Perceived risk of disease was correlated with overall diabetic preventive behavior ($r_p = .162$, $p = .022$), food behavior ($r_p = .156$, $p = .028$), and relaxation behavior ($r_p = .180$, $p = .011$), indicating that the sample with high perception of disease had appropriate diabetic preventive behavior, food behavior, and relaxation

behavior. These results are consistent with Becker (1974) who stated that perceived risk will lead to healthy behavior. The results also are in accordance with previous studies (Aho, 1979; Charoenket, 1997; Phutong, 1986; Supasilp, 1986; Suthikul, 1997) reporting that perceived risk of disease has correlation with preventive behavior. However, perceived risk had no correlation with exercise behavior. It is possible that pattern of exercise acting by the sample in this study did not result from perceived severity, but from health promotion policy for exercise of the hospital.

Perceived benefits of diabetic preventive behavior had no correlation with overall preventive behavior. The result indicated that perceived benefit did not lead to behavior, which was inconsistent with the Health Belief Model as stated by Becker (1974). It is possible that the sample in this study was first degree relatives of diabetic patients who have not been diagnosed with diabetes. However, perceived benefit was correlated with relaxation behavior ($r_p = .195$, $p = .006$). It is possible that the sample perceived benefit of relaxation, therefore, led to preventive behavior on relaxation.

Perceived barrier to diabetic preventive behavior was correlated with overall preventive behavior ($r_p = .199$, $p = .005$) and exercise behavior ($r_p = .185$, $p = .009$). The reason explaining is that the sample who perceived less barriers to diabetic prevention will have appropriate diabetic preventive behavior as well as exercise, which is consistent with the health belief model (Becker, 1974) stating that persons with low perceived barriers will have high likelihood of action and healthy behavior. In addition, regular exercise program provided by the hospital lessens the perceived barriers. However, this result is different from previous studies (Charoenket, 1997; Hallol, 1982; Phutong, 1986; Supasilp, 1986; Suthikul, 1997) reporting that there is no correlation between perceived risk and preventive behavior.

Results obtained from this study revealed no correlation between perceived severity of diabetes and diabetic preventive behavior both overall and subscale. It may be due to the reason that sample in this present study were not the patients, just the first degree relatives of diabetic patients who are population at risk. Therefore, perceived severity did not lead to healthy behavior. This result is inconsistent with the theory of health belief model (Becker, 1974) explaining that perceived severity results in healthy behavior.

However, most results are consistent with the health belief model (1974) explaining preventive behavior resulting from individual perception (perceived risk of disease), modifying factors (gender and body mass index) and likelihood of action (perceived benefit of and barriers to disease prevention).

Limitation of the study

The sample was selected by purposive sampling, therefore, could not represent a population. Results from this study can be applied for the population similar to the sample in this study. The instrument used in this study was developed by the researcher. Revision may be needed to improve quality of the instrument.

Recommendation

Results from this study suggested approaches for community health nurse practitioners for promoting health in diabetic prevention in first degree relatives of diabetic type 2 patients through perceived risk of disease. These results serve as basic information for future study that may include other factors such as psychosocial factors, structural factors. Also, study should be extended to other areas or regions with different context or a larger scale study to obtain knowledge in depth and breadth which will be able to apply for nursing education and approach to developing a health promotion program for this population with a goal for decreased rate of diabetes.

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2537). *การสำรวจปัจจัยเสี่ยง Ateromatous*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อ. ครั้งที่ 1 โรงแรมแอมบาสเดอร์ซีดี.
- กาญจนา ประสารปราง. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม的自我ดูแลเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10. (2550-2554). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10*. (เอกสารอัดสำเนา).
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2546). *กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงกมล อัครนุสรณ์. (2527). *การศึกษาภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษาความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจในตน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ชนินทร์ เจริญกุลและคณะ. (2524). *การศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการอนามัยของรัฐในระดับอำเภอ. ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- นิรมารณี สัจเคว. (2523). *ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน : การศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- น้อมจิตต์ สกุลพันธ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540) *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาศักดิ์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข สังคมวิทยาทางการแพทย์.

เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ:

ชวนการพิมพ์.

ปองทิพย์ โพธิวาระ. (2529). ภาวะควบคุมโรคและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานพึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. (2535). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขามนุษยวิทยาประยุกต์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พงศอมร บุญนาค. (2542). การดูแลรักษาเทคนิคโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

พวงพยอม การัญญโย. (2526). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิเชษฐ์ เจริญเกษ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาวนา กิรติคุณวงศ์. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำหรับการดูแล. ชลบุรี: พี.เพรส.

รัชตะ รัชตะนาวัน และธิดา นิงสานนท์. (2544). ความรู้เรื่องเบาหวาน. กรุงเทพฯ: วิทยาวัฒน์

รัตน รุจิรกุล. (2534). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง. รายงานการวิจัยฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครราชสีมา.

รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรมวอล นันท์สุภวัฒน์. (2524). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โรงพยาบาลทับปุด. (2548) รายงานประจำปี

- วิทยา ศรีมาดา. (2545). โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารินทร์ ปุยทอง. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังคั้ง อ.เมือง จ.กาญจนบุรี. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สุกัลกษณ์ บุญความดี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ ไบแก้ว. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิตร ทักษิณทร์และคณะ (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดอุทัยธานี วารสารโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา 16(4):22-25
- สุภา อินทร. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 17(3):48-60
- สมทรง สุกสีลป. (2526). ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดา ภูทอง. (2529). การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดา กิจกัญญา. (2531). ประสิทธิภาพของการคิดโปรแกรมสุขภาพแบบพิเศษต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วิทยานิพนธ์ปริญญา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา (2547-2550)ฝ่ายพัฒนาแผนงานและยุทธศาสตร์. รายงานประจำปี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ(2549-2550).การสำรวจข้อมูลประชากร.รายงานประจำปี.

- สำนักงานพัฒนาวิชาการกรมการแพทย์. (2546) รายงานประจำปี.
- อภิชาติ วิษณุรัตน์. (2546). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อจรรยา โตประเสริฐสวัสดิ์.(2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตรินและคณะ. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรม
การใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพในภาคใต้. สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุขและสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ.
- อรุณีย์ ศรีนวล.(2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Aho ,W.R.(1979) “Participation of senior citizens in the swine flu inoculation
program : an Analysis of Health belief variable in preventive health
behavior.” “Journal of Gerontology.” 34 :201 -208
- Becker, M.H.& Maiman, L.A. (1974).The health belief model: original and
correlates in psychological theory. Health Education monograph : 206.
- Cumming, K.M, et al. (1979) “psychosocial determinant of communication
behaviour in a swine flu Influenza campaign”Medical Care. 639-649
- Glasgow RE and Toobert DJ. (1988). Social environment regimen adherence among
type 2 diabetic patients. Diabetic care: 377-386.
- Glassgrow RE, Mc Caul KD and Schafer L. (1987). Self behaviors and control in
type 1 diabetes. Journal of chronic. 22 september: 399-412.
- Hubbard P, Muhlenkamp AF and Brown N. (1984). The relationship between social
support and self-care practice. Nursing Research: 266-269.
- Hallal, J.L.(1982) “relationship of health belief , health locus of control, and self
concept to the Practice of breast self examination in adult women
nursing research.137-142
- Inoue, S., & Zimmet, P. (2000). The Asia-Pacific Perspective: Redefining obesity and
its treatment. Health Communications Australia Pty Limited. ISBN 0-
9577082-1-1.

- Kals SV. (1974). *The health belief model and behavior related to chronic illness*. Health Education Monographs: 433-449.
- Kegeles, SS. (1963). *Why people seek dental care : A test of a conceptual formulation*. *J Health Hum Behav*, 4 : 166 -173.
- Lundman B, et al. (1990). *Living with diabetes : perception of well being*. Research in nursing and health: 255-262
- Langlie, J.K. (1977) "Social network, health beliefs and preventive health behaviour" *Journal of Health and Social Behaviour* 18 June :244-260
- Muhlenkamp AF and Broerman NA. (1988). *Health beliefs, health value and positive health behaviors*. Western Journal of Nursing Research. 20 March: 637-646.
- Melanson, K. J. (2008). Nutrition for women in the prevention and treatment of type 2 diabetes and cardiovascular diseases. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1-4.
- Nathanson CA. (1977). *Sex roles as variables in preventive health behavior*. Journal of community health. 16 July : 142-155.
- O'Neil MF. (1976). *Patient with hypertension : A study of manifest needs with self-actualization*. Nursing Research: 349-351.
- Rosenstock IM. (1974). *Historical origins of the health belief model*. Health Education Monographs: 328-335.
- WHO Study Group. (1994). *Prevention of diabetes mellitus Gener : World Health Organization Technical report series no 844*.



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
แบบสัมภาษณ์ญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 18-59 ปี
เขตอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

คำชี้แจง

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวสุพัสชา วิลวัฒน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ” ข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยให้ตอบทุกข้อตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงของท่าน แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จะเสนอในภาพรวม และจะนำไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนโดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาวสุพัสชา วิลวัฒน์

นักศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

แบบสัมภาษณ์นี้ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความจริงมากที่สุด
แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

- | | | |
|----------|---|--------|
| ตอนที่ 1 | แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล | 10 ข้อ |
| ตอนที่ 2 | แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ | |
| 2.1 | การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน | 10 ข้อ |
| 2.2 | การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน | 10 ข้อ |
| 2.3 | การรับรู้ประโยชน์ในป้องกันโรคเบาหวาน | 10 ข้อ |
| 2.4 | การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน | 14 ข้อ |
| ตอนที่ 3 | แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน | |
| 3.1 | การรับประทานอาหาร | 15 ข้อ |
| 3.2 | การออกกำลังกาย | 10 ข้อ |
| 3.4 | การผ่อนคลายความเครียด | 12 ข้อ |

9 น้ำหนัก..... กิโลกรัม

WEI () ()

10 ส่วนสูง..... เซนติเมตร

HEI () () ()



ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Appendix B)

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับระดับการรับรู้ของท่านโดยเลือกเพียง

คำตอบเดียว

- 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด
- 2 = เห็นด้วยน้อย
- 3 = เห็นด้วยปานกลาง
- 4 = เห็นด้วยมาก
- 5 = เห็นด้วยมากที่สุด
- 0 = ไม่เห็นด้วย

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ข้อ	ข้อความ	ระดับของการรับรู้						สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	0	
1	การที่ท่านมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน							R1 ()
2	การที่ท่านมีอายุ 40 ปีขึ้นไปทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน							R2 ()
3	การที่ท่านมีน้ำหนักเกินไม่ทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน							R3 ()
4	การที่ท่านไม่ออกกำลังกายทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน							R4 ()
5	การที่ท่านมีความเครียดเป็นประจำท่านจึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน							R5 ()
6	.....							R6 ()
7	.....							R7 ()
8	.....							R8 ()
9	.....							R9 ()
10	.....							R10 ()

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้						สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	0	
1	ท่านมีความเครียดเมื่อนึกถึงโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้							S1 ()
2	ท่านกลัวการเป็นโรคเบาหวาน							S2 ()
3	การเป็นโรคเบาหวานไม่ใช่ปัญหารุนแรงสำหรับท่าน							S3 ()
4	การเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้เกิดผลกระทบที่ตามมาเช่น จอตาเสื่อม ไตวาย แผลเรื้อรัง							S4 ()
5	การเป็นโรคเบาหวานทำให้ท่านพิการ/ทุพพลภาพหรือมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน							S5 ()
6	.....							S6 ()
7	.....							S7 ()
8	.....							S8 ()
9	.....							S9 ()
10	.....							S10 ()

2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้						สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	0	
1	การที่ท่านดูแลตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้							B1 ()
2	การที่ท่านดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน							B2 ()
3	การที่ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้							B3 ()
4	การที่ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้							B4 ()
5	.....							B5 ()
6	.....							B6 ()
7	.....							B7 ()
8	.....							B8 ()
9	.....							B9 ()
10	.....							B10 ()

2.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้						สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	0	
1	การควบคุมน้ำหนักเป็นความยากลำบากสำหรับท่าน							BA1 ()
2	การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำทำให้ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย							BA2 ()
3	การควบคุมอาหารทำให้คุณภาพชีวิตของท่านลดลง							BA3 ()
4	ท่านมีความเครียดมากจึงไม่สามารถควบคุมอาหารได้							BA4 ()
5	การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ท่านเสียเวลาในการทำงาน							BA5 ()
6	.....							BA6 ()
7	.....							BA7 ()
8	.....							BA8 ()
9	.....							BA9 ()
10	.....							BA10 ()
11	.....							BA11 ()
12	.....							BA12 ()
13	.....							BA13 ()
14	.....							BA14 ()

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (Appendix C)

ความถี่ของการรับประทานอาหารแยกตามรูปแบบการรับประทานและหมวดอาหาร

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบจากผู้ถูกสัมภาษณ์เพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ

เกณฑ์การตอบมีดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติทุกวันในสัปดาห์
 เป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 4-6 วันต่อสัปดาห์
 เป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 2-3 วันต่อสัปดาห์
 นานๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 1 วันต่อสัปดาห์
 ไม่เคย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติ

ข้อ	ข้อความ	ความถี่ของการรับประทานอาหาร						สำหรับ ผู้วิจัย
		เป็นประจำ	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย		
1	ท่านรับประทานอาหารนอกบ้าน							BD1 ()
2	ท่านรับประทานอาหารชนิดเดียวซ้ำๆกัน							BD 2()
3	ท่านรับประทานข้าวขัดสี							BD 3()
4	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลต่ำ เช่น โค้ก Diet							BD 4()
5	ท่านรับประทานขนมหวานหรืออาหารที่มีรสหวานจัด							BD 5()
6	.....							BD 6()
7	.....							BD 7()
8	.....							BD 8()
9	.....							BD 9()

ข้อ	ข้อความ	ความถี่ของการรับประทานอาหาร					
		เป็นประจำ	เป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย	สำหรับผู้วิจัย
10							BD 10()
11							BD 11()
12							BD 12()
13							BD 13()
14							BD 14()
15							BD 15()

ด้านที่ 2 การออกกำลังกาย

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่งที่เป็นคำตอบจากผู้สัมภาษณ์
เพียงข้อเดียว

ข้อ	ข้อความ	เป็น ประจำ	เป็น ส่วนใหญ่	เป็น บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย	สำหรับ ผู้วิจัย
1.	ท่านออกกำลังกายอย่างใด อย่างหนึ่ง						BX1 ()
2.	ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20-45 นาที						BX2 ()
3.	ท่านออกกำลังกายจนมีเหงื่อ ออก						BX3 ()
4.	ท่านอยู่เฉยๆ โดยไม่ทำ กิจกรรมใดๆ						BX4 ()
5.	ท่านทำกิจกรรมที่ออกแรง เบาๆถึงปานกลาง เช่น การเดิน						BX5 ()
6.	.....						BX6 ()
7.	.....						BX7 ()
8.	.....						BX8 ()
9.	.....						BX9 ()
10.	.....						BX10 ()

ด้านที่ 3 การผ่อนคลายความเครียด

คำชี้แจง สัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใด
ช่องหนึ่งที่เป็นคำตอบจากผู้ถูกสัมภาษณ์ เพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	เป็น ประจำ	เป็นส่วน ใหญ่	เป็น บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย	สำหรับ ผู้วิจัย
1.	ท่านมีความเครียด						BR1()
2.	ท่านพุดคุยถึงปัญหาและ ความต้องการของตนเองกับ คนใกล้ชิด						BR2()
3.	ท่านพบว่าในแต่ละวันมีสิ่ง ที่ทำทนาย						BR3()
4.	ท่านสามารถควบคุม ความเครียดด้วยตนเอง						BR4()
5.	ท่านปรับเวลาในการทำงาน และกิจกรรมต่างๆได้						BR5()
6.	.....						BR6()
7.	.....						BR7()
8.	.....						BR8()
9.	.....						BR9()
10.	.....						BR10()
11.	.....						BR11()
12.	.....						BR12()

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	นางสาวสุพัสยา วิลวัฒน์
วัน เดือน ปีเกิด	5 มีนาคม 2504
สถานที่เกิด	จังหวัดพังงา ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2530 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลทับปุด, จังหวัดพังงา 41/1 ม.5 ต.มะรุ่ย อ.ทับปุด จ.พังงา โทรศัพท์ 081-6770627
ทุนวิจัย	มูลนิธิศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย