



- 9 ก.ย. 2535

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CARE AGENCY AND SELF-CARE BEHAVIOR
ABOUT DIETARY CONTROL IN DIABETIC PATIENTS



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2535

ISBN 974-587-419-1

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

กณจนา ประสารปราน

กณจนา ประสารปราน

ผู้วิจัย

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

บังอร ผลเนื่องมา

บังอร ผลเนื่องมา, วท.บ., M.S.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ทศพร ศรีธัญญาพร

ทศพร ศรีธัญญาพร, วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ทัศนาศุภกิจ

ทัศนาศุภกิจ, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์การแพทย์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

มนต์ จุลสมิธ, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าขั้นสูง

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 9 มิถุนายน 2535

ทนายความ ประสารปราน

ทนายความ ประสารปราน

ผู้วิจัย

กอบกุล พันธุ์เจริญกุล

กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, วท.บ., วท.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

บังอร ผลเนื่องมา

บังอร ผลเนื่องมา, วท.บ., M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สุพิน จันทรรัก

สุพิน จันทรรัก, วท.บ., ค.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พรศรี ศรีอัฐภาพร

พรศรี ศรีอัฐภาพร, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

มนตรี จุลสมัย

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

ทัศนีย์ บุญทอง

ทัศนีย์ บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางสาวกาญจนา ประสารปราน

วัน เดือน ปี เกิด

5 สิงหาคม พ.ศ. 2504

สถานที่เกิด

จังหวัดอุดรธานี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา, พ.ศ. 2523-2527 :

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2531-2533 :

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

ทุนวิจัย

มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิง บุญจiraธร (ชุมพล) จุฑาธุช

China Medical Board of New York, Inc.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2527-ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี

กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่ง : วิทยากร ระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีธัญญาพร อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล และอาจารย์ศรีสมัย วิบูลยานนท์ ที่ให้คำแนะนำต่างๆ และข้อคิดเห็นในการสร้างและนำเครื่องมือมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา และข้อเสนอแนะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ และหัวหน้าแผนกการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ตลอดจนหัวหน้าพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ ห้องตรวจอาสุกรรม คลินิกเบาหวาน ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่ๆ อาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ และขอขอบคุณพี่ เพื่อน และน้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา รวมถึงมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิง บุญจิราธร (ชุมพล) จุฑาธุช และ China Medical Board of New York, Inc. ที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

กาญจนา ประสารปธาน

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน
ผู้วิจัย	กาญจนา ประสารปราน
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

บึงอร พงษ์เนื่องมา, วท.บ., M.S.

พรศรี ศรีอัญญาพร, วท.บ., ค.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 9 มิถุนายน พ.ศ. 2535

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาใหญ่ทางด้านสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของร่างกายได้มากกว่าโรคอื่นๆ และเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ นอกจากควบคุมภาวะของโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น การควบคุมโรคจะได้ผลดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ การดูแลตนเองในการควบคุมโรคที่เป็นปัญหากับผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดก็คือ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะหาแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และเพื่อเป็นการทดสอบความสัมพันธะระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน, วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.51$)

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ส่วนปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรตระหนักถึงการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะในด้านการรู้จักตนเอง ด้านการพิจารณาและตัดสินใจ และด้านความตั้งใจและการควบคุมตนเอง ตลอดจนการให้ความรู้ การส่งเสริมและติดตามผลการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ส่วนปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ถึงแม้ว่าไม่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวโดยตรง แต่ก็ยังเป็นองค์ประกอบที่ควรจะต้องคำนึงถึงในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

Thesis Title The Relationship between Self-Care Agency and
Self-Care Behavior about Dietary Control in
Diabetes Patients

Name Kanchana Prasarnpran

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Kobkul Phanchaoenwarakul, B.Sc., M.S., Ph.d.

Bangorn Pholnuangma, B.Sc., M.S.

Pornsri Sriussadaporn, B.Sc., M.A.

Date of Graduation 9 June B.E. 2535 (1992)

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic illness which has been a major health problem in the country since its complications are more serious than other disease and the disease is incurable. Diabetic control is the best way in caring diabetic patients. The effectiveness of diabetic control is based on the individual's self-care. However the major problem of self-care for diabetic patient is dietary control. Therefore, the researcher is interested in promoting the patient's self-care behavior regarding dietary control. Thus, the purpose of the study was to investigate the relationship between self-care agency and self-care behavior regarding dietary control in diabetic patients. The sample was composed of 100 diabetic patients who had no complications and attended for follow-up at the diabetic clinic in the out patient department at Siriraj Hospital, Ramathibodi Hospital, Pramong-

kutklao Hospital and Rajvethi Hospital. The data were collected by using self-care agency inventory and self-care behavior regarding dietary control from for interview. Statistical techniques were implemented on the process of data analysis including Pearson's product moment correlation coefficient one way analysis of variance and t-test.

The results were follows :

1. There was a positively significant correlation between self-care agency and self-care behavior regarding dietary control at the .001 level ($r=.51$).
2. There were no differences in self-care behavior regarding dietary control in patients who were different in some basic conditioning factors, i.e., age, education, marital status, occupation, economic, type of diabetes mellitus and duration of illness.

As the results of this study, recommendations for nursing practice are suggested that nurses should be aware and able to develop self-care agency of diabetic patients, especially regarding their knowledge of self, their judgment and decision which affecting production of self-care, their attention and control of self including self monitoring. Promotion of dietary control self-care for these patients should be emphasized.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมุติฐาน	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามตัวแปร	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
มโนทัศน์การดูแลตนเอง	10
มโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง	13
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	21
ปัจจัยพื้นฐาน	29
ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง	33
เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	45
อภิปรายผล	53
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย	64
ข้อเสนอแนะ	65
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	77
ข. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	80
ค. ระหัสคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	88
เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน	
ง. รายการอาหารแลกเปลี่ยนและรายการอาหารอื่นๆ	90
ตารางสรุปรายการอาหารแลกเปลี่ยน และมาตราซึ่ง ดวง วัด	
จ. การคำนวณหาสารอาหาร และพลังงานจากอาหารที่รับประทาน	105
ตัวอย่างการคำนวณหาสารอาหารและพลังงานจากอาหารที่รับประทาน	
ฉ. ตารางข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	114
ในผู้ป่วยเบาหวาน	
ช. ตารางข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเอง	119

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส	46
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	47
3	ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความสามารถในการดูแลตนเอง	48
4	ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน	49
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน	50
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการ ควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มีเพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรค เบาหวาน แตกต่างกัน	51
7	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการ ควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาการเจ็บป่วย แตกต่างกัน	52

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดทฤษฎีแสดงความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน	4
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการ自我ดูแลตนเองทั้งหมดที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละเวลา	14
3	แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	15
4	ระยะของการ自我ดูแลตนเอง	18
5	กรอบพื้นฐานของทฤษฎี	34

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาใหญ่มากทางด้านสุขภาพ ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 6 ล้านคน และยังมีอีกจำนวนมากที่อยู่ในข่ายสงสัยว่าอาจเป็นโรค (Phipps, et al. 1987 : 601) กูทรี และกูทรี (Guthrie & Guthrie 1983 : 617-618) กล่าวว่า เบาหวานเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพมาก ด้วยเหตุผล 2 ประการ ประการแรก เป็นโรคที่พบได้ทั่วไป และมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ประการที่สอง เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่างๆ มากกว่าโรคอื่น เช่น การเกิดภาวะกรดคั่งในร่างกายน ซึ่งสาเหตุการตายของผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 74 การถูกตัดขา พบประมาณ 6 คน/1000/ปี การเกิดต้อหินพบร้อยละ 2.4 และโรคไตประมาณร้อยละ 50 (จิตร สิกขิมร 2529 : 484-485) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารีได้ง่ายเป็น 2 เท่าของคนปกติ (Armstrong 1987 : 567) ลักษณะของโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยบางคนมีอาการมาก บางคนมีอาการน้อย และบางคนอาจไม่มีอาการเลยก็ได้ แต่ไม่ว่าจะเป็นเบาหวานชนิดมีอาการหรือไม่มีอาการก็ตาม ถ้าไม่ได้รับการควบคุมที่ดี การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมก็จะเกิดขึ้นในที่สุด เพียงแต่จะเร็วหรือช้าเพียงใดเท่านั้น (สุสวัสดิ บำเพ็ญสุวรรณ 2529 : 39)

การควบคุมโรคจะดีได้ต้องอาศัยการดูแลสุขภาพที่ดี และผู้ที่ดูแลสุขภาพได้ดีที่สุดคือ ตัวผู้ป่วยเบาหวานเอง แพทย์และพยาบาลจะเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตนเท่านั้น ผู้ป่วยจะต้องนำเอาคำแนะนำที่ได้รับไปปฏิบัติ โดยปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในการดำรงชีวิตของแต่ละคน ซึ่งในหลายๆสถานการณ์ แพทย์และพยาบาลไม่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ (Guthrie & Guthrie 1980 : 618) การดูแลสุขภาพด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมโรคเบาหวาน ดังนั้นหัวใจของการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวาน คือ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานทุกคน (Milliken 1985 : 353)

แนวทางในการดูแลสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วยการดูแลสุขภาพที่สำคัญ 3 อย่าง คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

ในเลือด และการฉีดอินซูลิน (Armstrong 1987 : 512) อาร์มสตรอง (Armstrong 1987 : 563) กล่าวว่า การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่สำคัญและควรตระหนักถึงมากที่สุด เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญสารอาหาร ความสมดุลระหว่างน้ำตาลในเลือดและอินซูลิน จึงมีผลโดยตรงจากอาหารที่รับประทาน ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องมีการดูแลตนเองอยู่ตลอดเวลา เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร อภิชาติ วิษณุวัฒน์ และคณะ (2527 : 37) ได้กล่าวสนับสนุนว่า การควบคุมอาหารถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาเบาหวาน ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาลดน้ำตาลหรือฉีดอินซูลินก็ตาม จะต้องมีการควบคุมอาหารควบคู่ไปด้วยเสมอ การรักษาจึงจะได้ผลดี ถึงแม้ปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าอย่างมาก เกี่ยวกับความรู้และเทคโนโลยีของการสังเคราะห์และการบริหารยาเบาหวานทั้งอินซูลิน และยาเม็ดลดน้ำตาลก็ตาม แต่การใช้ยาจำนวนมากเกินไปอาจทำให้การควบคุมเบาหวานลำบากยิ่งขึ้น ในขณะที่การควบคุมอาหารที่ถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพจะช่วยทำให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น (สุรัตน์ โคมินทร์ 2528 : 151) การควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคจึงเป็นความต้องการดูแลตนเองที่สำคัญประการหนึ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถือเป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่ผู้ป่วยต้องมีความรับผิดชอบ (Backsheider 1974 : 1189)

จากการศึกษาของสโตน (Stone 1969) เกี่ยวกับความล้มเหลวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 126 คน พบว่ามีสาเหตุจากการควบคุมอาหารไม่ดีมากที่สุด (West 1973 : 45) และการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller 1982 : 28) พบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีปัญหามากที่สุด คือ การควบคุมอาหาร การวิจัยของวิลลา ดันตโฮทัย (2525 : 25) ยังสนับสนุนเช่นเดียวกันว่า การปฏิบัติตัวที่เป็นปัญหามากที่สุดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือ การควบคุมอาหาร แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวาน ยังมีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

โอเรม (Orem 1985 : 107) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สิ่งที่ต้องพิจารณาและประเมิน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเอง คือ สิ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามความต้องการหรือความจำเป็น (Orem & Taylor 1986 : 49) ความสามารถในการ

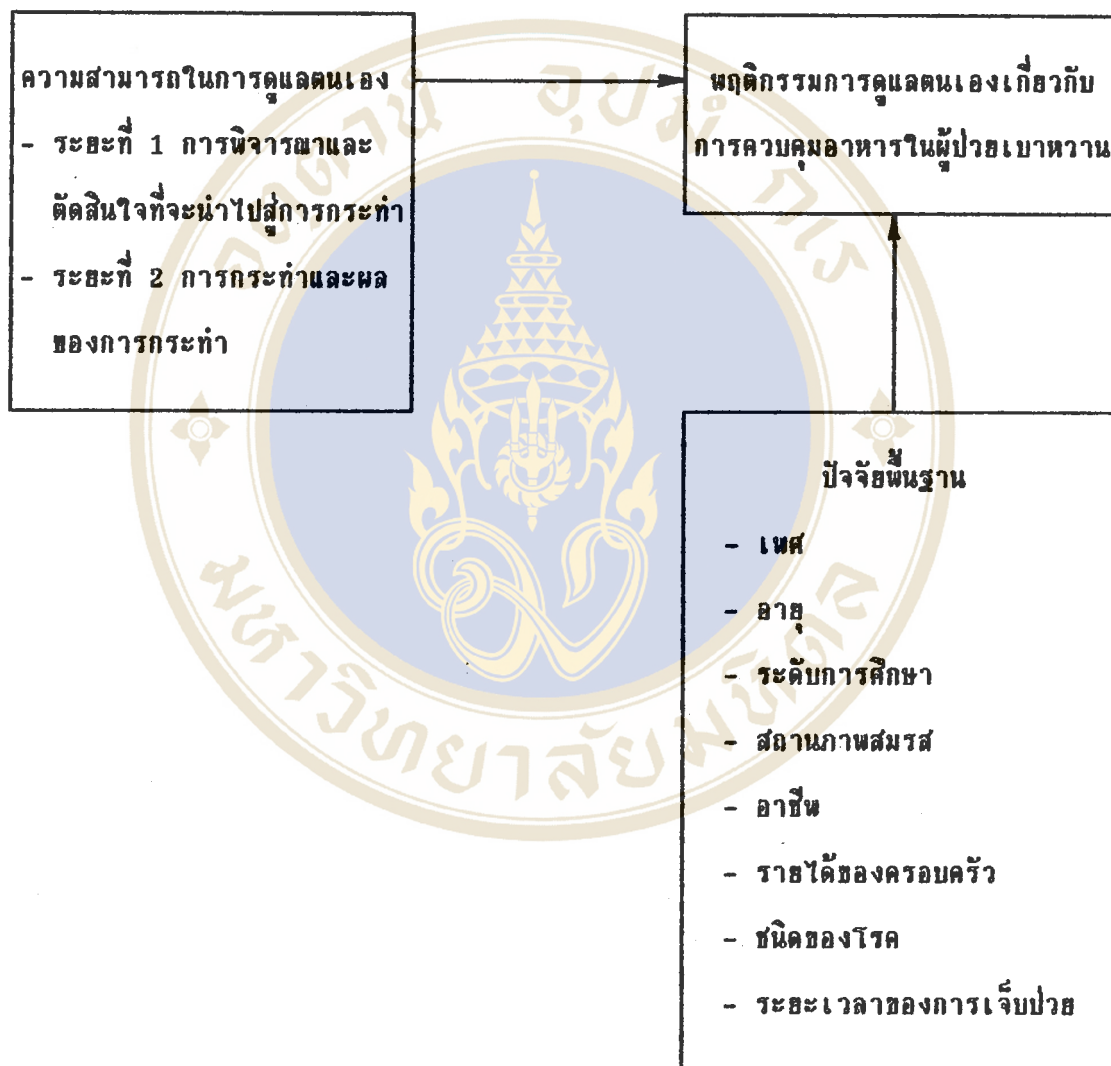
การดูแลตนเองจึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญและทำให้การดูแลตนเองเป็นไปตามความต้องการที่มีอยู่ ดังนั้นถ้าบุคคลไม่มีความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem & Taylor 1986 : 48; Weaver 1989 : 381)

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่เชื่อถือและเชื่อมั่นได้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลต่อไป (Weaver 1989 : 381) แต่ปัจจุบันแนวทางในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามกรอบทฤษฎีของโอเรม ยังมีปัญหา คือ ไม่สามารถสะท้อนให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองได้ชัดเจน เกเด้น (Geden 1989 : 65-78) ได้เสนอแนวความคิดใหม่ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ให้ผู้ป่วยแสดงการรับรู้ความสามารถที่จะดูแลตนเองออกมาในรูปของความสามารถปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งตามระยะของการดูแลตนเองออกเป็น 2 ระยะตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1985 : 117-122) คือ ระยะที่ 1 การพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของเกเด้นที่สร้างขึ้น จัดเป็นการประเมินความสามารถขั้นสูงสุดของโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (Gast, et al. 1989 : 27) จึงน่าจะสะท้อนให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองได้มากที่สุด และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเอง เรื่องการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานได้

นอกจากความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว ยังมีปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีอิทธิพลต่อการกระทำเพื่อดูแลตนเองอีก (Orem 1985 : 220) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจัยที่พยาบาลควรตระหนักถึง เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง ได้แก่ เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ชนิดของโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

จากกรอบพื้นฐานทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการดูแลตนเอง ที่โอเรมเสนอว่า บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลอื่นได้สำเร็จหรือไม่ ยังมีผลกระทบจากปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ พัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต สังคม วัฒนธรรม ภาวะสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ต่างๆไป (Orem 1985 : 35) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ผลวิจัยที่ได้สามารถนำมาเป็น

แนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นการทดสอบความเป็นไปได้ของทฤษฎีที่จะนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อไป



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดทฤษฎีแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี โดยไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล

- 1.1 กำหนดแนวทางที่จะส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองร่วมด้วย
- 1.2 สามารถนำความสามารถในการดูแลตนเองไปใช้ในการทำนวยพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาว่าผู้ป่วยคนใดควรที่จะได้รับการส่งเสริม การดูแลตนเองต่อไป
- 1.3 ส่งเสริมบุคลากรในทีมพยาบาล ให้ตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ในการที่จะส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

2. ด้านการศึกษา

- 2.1 เป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาให้สามารถนำความรู้เกี่ยวกับความสามารถ ในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐาน ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นๆต่อไป
- 2.2 สนับสนุนมนทัศน์และทฤษฎีในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมให้กว้างขวางขึ้น

3. ด้านการวิจัย

เป็นการทดสอบส่วนหนึ่งของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม และเป็นแนวทางใน การศึกษาวิจัยในผู้ป่วยอื่นๆ ในประเด็นที่คล้ายคลึงกันต่อไป

นิยามคำแปร

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง คุณสมบัติประจำตัวของบุคคลในการ กระทำหรือปฏิบัติสิ่งต่างๆที่จะก่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างจงใจ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนอง ความต้องการที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำหรือปฏิบัติดังกล่าวประกอบ ด้วยขั้นตอน 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. การรู้จักตนเอง หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าในการดูแลตนเอง

ตลอดจนปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเอง

2. การพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีที่ควรจะทำกรดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการพิจารณา และตัดสินใจที่บุคคลเลือกหาวิธีที่ควรจะทำกรดูแลตนเองเพื่อให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และการดำรงชีวิตประจำวัน

ระยะที่ 2 การกระทำและผลของการกระทำ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. ความตั้งใจและการควบคุมในตนเอง หมายถึง ความตั้งใจ และความพยายามของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองให้ดีที่สุด ตามกำลังความสามารถของตนเอง
2. การมีทักษะและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง ทักษะทางด้านต่างๆของร่างกาย เช่น การมองเห็น การฟัง เป็นต้น ที่บุคคลจะทำการดูแลด้วยตนเอง ตลอดจนความรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน

ในการศึกษาค้นคว้านี้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินได้โดยใช้แบบสำรวจตนเองในฐานะผู้ดูแลตนเอง (Self-As-Carer-Inventory) ของ เกเด็น (Geden 1989) ซึ่งผู้วิจัยแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรค ประกอบด้วยขั้นตอนตั้งแต่การเลือกรับประทานอาหารจนถึงการควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน แบ่งเป็น

2.1 การเลือกรับประทานอาหาร หมายถึง การเลือกลักษณะของอาหารที่จะรับประทานให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่ ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไขมัน

2.2 การควบคุมความบ่อยครั้งในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด หมายถึง จำนวนครั้งของการรับประทานอาหาร ได้แก่ จำนวนมื้ออาหารและอาหารว่างระหว่างมื้อ อาหารชนิดต่างๆ เช่น ผัก ผลไม้ที่มีรสหวาน เนื้อสัตว์ อาหารประเภทไขมัน ของหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2.3 การปรับการรับประทานอาหารตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค เช่น ความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหาร ความเคร่งครัดในการควบคุมอาหาร เป็นต้น

2.4 การควบคุมปริมาณอาหารในการรับประทาน หมายถึง การควบคุมพลังงาน และการได้รับสารอาหารในหมวดต่างๆจากอาหารที่รับประทานโดยเฉลี่ยต่อวันได้เหมาะสม เมื่อเทียบกับพลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน

พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินได้โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการดูแลตนเองของทฤษฎีโอเรม ในด้านความต้องการดูแลตนเอง และตามภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับการได้รับอาหาร

3. ปัจจัยพื้นฐาน หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย แต่ละตัวแปรมีความหมายดังนี้

3.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วย แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง

3.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มอายุ 20 - 40 ปี

กลุ่มอายุ 41 - 60 ปี

กลุ่มอายุ มากกว่า 61 ปี

3.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วย โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มระดับการศึกษา ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

กลุ่มระดับการศึกษา มัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษา

กลุ่มระดับการศึกษา อุดมศึกษาหรือสูงกว่า

3.4 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยที่แบ่งตามการสมรส และการอยู่รวมกันกับคู่สมรส โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยปัจจุบัน

กลุ่มที่ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยหรือโสด

3.5 อาชีพ หมายถึง อาชีพปัจจุบันที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ โดยแบ่งตามการใช้แรงงาน ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

3.5.1 กลุ่มทำงานหนัก ได้แก่ งานประเภททำสวน ทำไร่ กรรมกร ก่อสร้าง

3.5.2 กลุ่มทำงานปานกลาง ได้แก่ งานบ้านที่ต้องใช้แรงงานมาก เช่น ถูบ้าน ซักผ้า หรือรีดผ้ามาก

3.5.3 กลุ่มทำงานเบา ได้แก่ งานบ้านเบาๆ งานในสำนักงาน

3.6 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสได้ หรือ หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยและคู่สมรส เมื่อผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่ หรือ หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครองที่รับผิดชอบในการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในความรับผิดชอบของผู้อื่น โดยแบ่งกลุ่มรายได้ออกเป็น 3 กลุ่มคือ

• กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท หรือไม่มีรายได้

กลุ่มที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 4,001-10,000 บาท

กลุ่มที่มีรายได้ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป

3.7 ชนิดของโรคเบาหวาน หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้ป่วย ตามการวินิจฉัยของแพทย์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มเบาหวานชนิดหนึ่งอินซูลิน

กลุ่มเบาหวานชนิดไม่หนึ่งอินซูลิน

3.8 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลานับเป็นเดือนหรือปี ตั้งแต่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน จนถึงวันที่ผู้ป่วยจบการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มระยะเวลาของการเจ็บป่วยนาน 3 เดือน - 11 เดือน

กลุ่มระยะเวลาของการเจ็บป่วยนาน 1 ปี - 2 ปี

กลุ่มระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานมากกว่า 2 ปี

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาตามลำดับดังนี้ มโนทัศน์การดูแลตนเอง มโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ปัจจัยพื้นฐาน และความสามารถในการดูแล ตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

มโนทัศน์การดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นแนวความคิดหนึ่งที่น่าสนใจในการพัฒนาสาธารณสุขปัจจุบัน เพื่อลด ปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ปัญหาความขาดแคลนและความไม่เสมอภาคในการแบ่งสรร การกระจาย และการเข้ารับบริการสาธารณสุขทั้งในระหว่างประเทศและภายในประเทศ(ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2527 : 166) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ประชาชน รู้จักการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้ กับตนเอง ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและในชุมชน การพัฒนาและขยายแนวคิดเรื่องการดูแล ตนเองไปสู่ชุมชนจึงเป็นวิธีที่เป็นไปได้มากที่สุด และเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน (พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ 2530 : 15) ซึ่งมีหลายทฤษฎีที่กล่าวถึงเรื่องนี้ แต่ทฤษฎีที่มีบทบาททางการ พยาบาล โดยใช้เป็นแนวความคิดในการส่งเสริมการดูแลตนเองในปัจจุบันคือ ทฤษฎีการพยาบาล ของโอเรม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อย่างเหมาะสมของแต่ละบุคคลเป็นหลักสำคัญ (Lundh, et al. 1988 : 137) เนื่องจาก โอเรมมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า "บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่การพัฒนาร่างกายของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อ หน้าที่และการพัฒนาร่างกายของตนเอง" (Orem & Taylor 1986 : 44) และเชื่อว่าบุคคลสามารถ

เลือกวิธีการดูแลตนเองให้สัมพันธ์กับสุขภาพของตนได้ แต่วิธีการนั้นอาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้องก็ได้ (Orem cited Whelan 1984 : 342)

โอเรมได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง (Orem 1985 : 34) ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละคนที่จะเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติให้สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆที่มากระทบ และเรียนรู้ถึงการดำรงชีวิตประจำวันในสิ่งแวดล้อมต่างๆ (Orem 1971 : 81)

การที่จะกล่าวว่าบุคคลใดมีการดูแลตนเองหรือไม่ ต่อเมื่อเขามีการกระทำการดูแลตนเองดังกล่าวอย่างจงใจ (Deliberate action) มีระบบและเป็นขั้นตอน ที่นำไปสู่ความต้องการที่จะดูแลตนเอง (Orem 1985 : 86) และการกระทำที่ถือว่าเป็นการกระทำอย่างจงใจได้ จะต้องเป็นการกระทำที่ได้รับการประเมินหรือพิจารณาแล้วว่าสมควรที่จะกระทำ (Result-seeking activity) (Orem 1985 : 115)

การดูแลตนเองของบุคคลจะเกิดขึ้นตลอดเวลา เพื่อความอยู่รอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถที่มีอยู่ตามธรรมชาติ (Orem 1985 : 33) การกระทำการดูแลตนเองจึงเป็นการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่จะดูแลตนเอง ซึ่งโอเรม (Orem 1985 : 85-86; 1991 : 122) ให้ความหมายของความต้องการดูแลตนเองไว้ คือ เป้าประสงค์ของบุคคลที่ต้องการดูแลตนเอง เมื่อจะปฏิบัติการดูแลตนเอง ความต้องการนี้จะต้องทราบก่อนทุกครั้งที่จะมีการดูแลตนเอง เนื่องจากจะช่วยให้มองเห็นแนวทางว่า บุคคลนั้นควรจะมีการดูแลตนเองอย่างไรจึงจะบรรลุดังกล่าว การค้นหาความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลจะต้องตระหนักถึง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองที่ควรกระทำ ซึ่งโอเรมได้แบ่งความต้องการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภท คือ (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 11-13)

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองของทุกคนและทุกวัย ความต้องการนี้ปรับเปลี่ยนไปตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เป็นการเกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิตในการรักษาโครงสร้าง หน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลไว้

2. ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตในช่วงต่างๆ เช่น ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลในทางลบต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา เป็นต้น หรืออาจเป็นความต้องการโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ

3. ความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติในภาวะต่างๆ ความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติในภายหลัง เช่น การเกิดโรค หรือมีความเจ็บป่วย หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ระหว่างคลอดและหลังคลอด จากการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและผลการรักษาของแพทย์

การที่บุคคลจะบรรลุความต้องการดูแลตนเองได้ตามภาวะสุขภาพ ความผาสุก ตลอดจนโครงสร้างและหน้าที่ของมนุษย์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการกำหนดความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้ครอบคลุมหรือไม่ และความเข้าใจถึงความต้องการดูแลตนเองอะไรบ้างที่ต้องได้รับความช่วยเหลือและพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะบรรลุความต้องการดูแลตนเองหรือไม่ (Orem 1991 : 124) ความเป็นไปได้นี้จะนำไปสู่ความต้องการดูแลตนเองดังกล่าวนั้น ขึ้นอยู่กับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จะกระทำทั้งหมด ว่าสามารถทำให้บรรลุความต้องการหรือไม่ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวบุคคลสามารถจัดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้ (Orem & Taylor 1986 : 45)

การประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือพฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล จึงเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า บุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพ และการดำรงชีวิตได้อย่างผาสุกหรือไม่ ด้วยเหตุผลดังกล่าว การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดในการดูแลตนเอง จะช่วยให้มองเห็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง (สมจิต หनुเจริญกุล 2533 : 10) จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องตระหนักถึง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองดังกล่าว

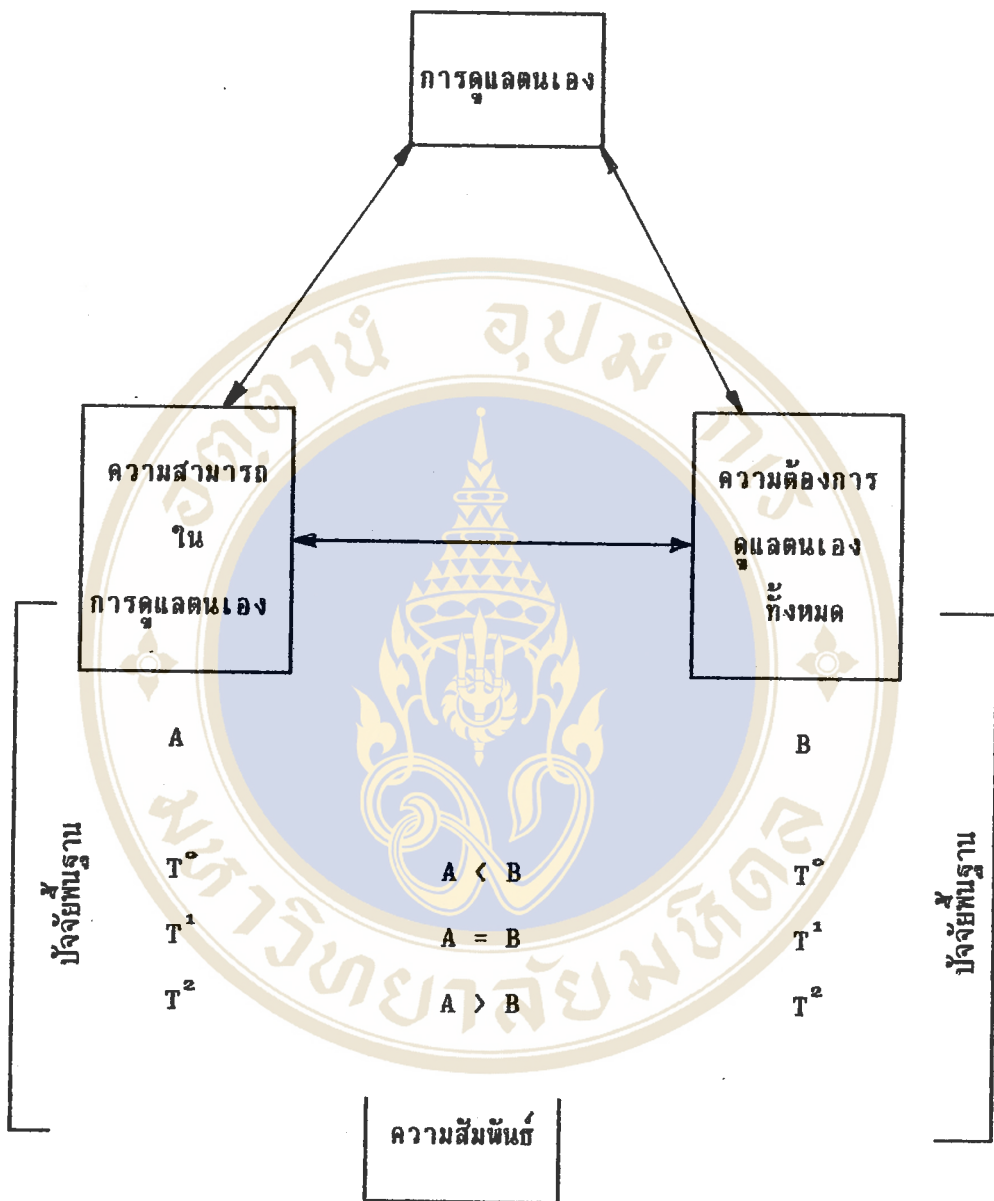
มโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง

โอเรมและเทย์เลอร์ (Orem & Taylor 1986 : 49) อธิบายเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง คือ คุณภาพที่สลับซับซ้อนของมนุษย์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพ ลักษณะความสามารถของแต่ละบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ และเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ การศึกษา ประสบการณ์ชีวิต อิทธิพลของวัฒนธรรม แหล่งประโยชน์ต่างๆในการดำรงชีวิตประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลในแต่ละเวลาจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนา และการนำความสามารถมาใช้ ดังแผนภูมิที่ 2 (Orem 1985 : 105-106) อย่างไรก็ตามความสามารถในการดูแลตนเองของคนเราจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทุกวัน ตามกระบวนการเรียนรู้ (Orem 1985 : 106)

แกสต์และคณะ (Gast, et al. 1989 : 27) ได้วิเคราะห์โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของโอเรม ประกอบไปด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : Enabling capabilities for self-care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

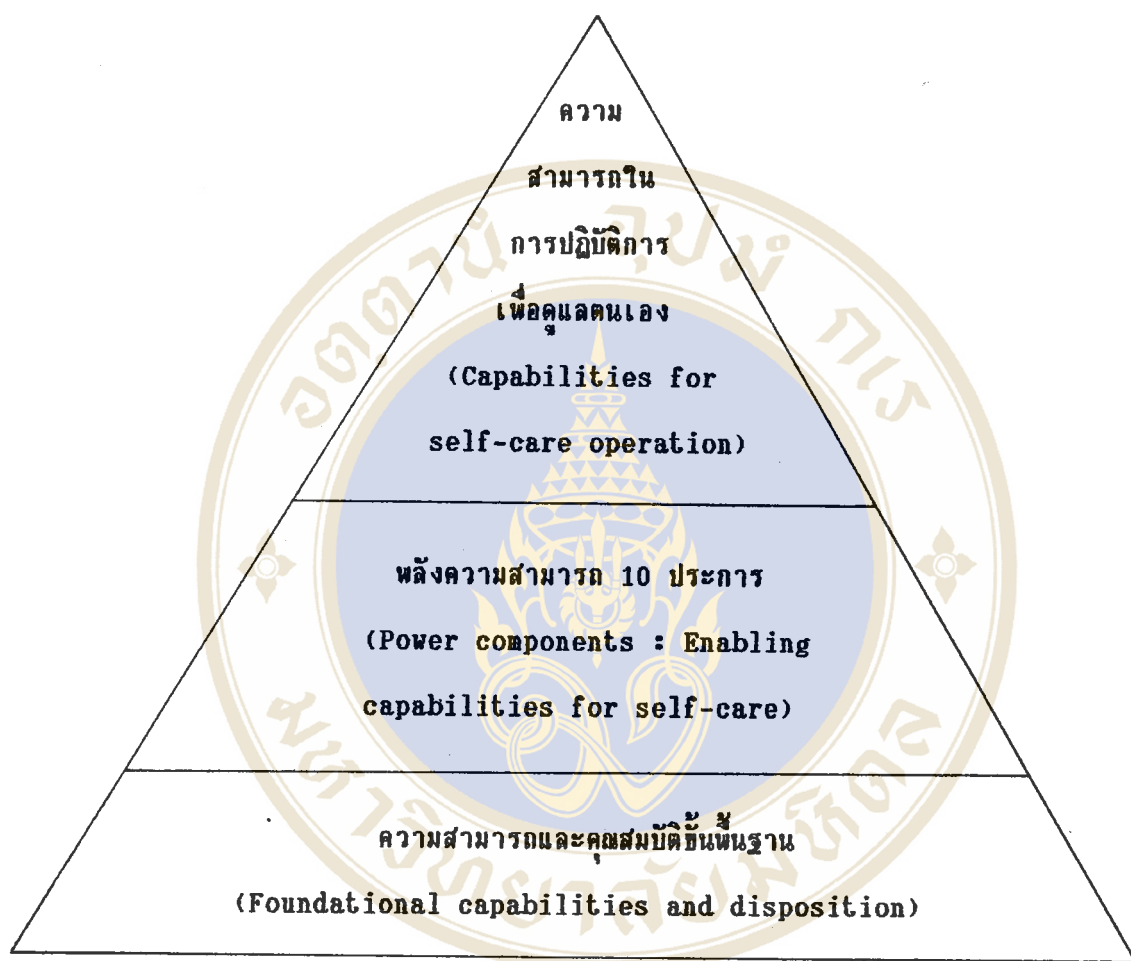
โดยเรียงลำดับของความสามารถดังแผนภูมิที่ 3 ซึ่งความสามารถในแต่ละขั้นจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในขั้นสูงขึ้นไป



T = ระยะเวลา

แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละเวลา

ที่มา : Orem 1985 : 106



แผนภูมิที่ 3 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ที่มา : Gast, et al. 1989 : 27

โอเรม (Orem 1985 : 124) กล่าวว่า ความเข้าใจถึงโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองจะมีส่วนช่วยให้พยาบาลมีเหตุผล สิ่งเกิด และพิจารณาความสามารถของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ชัดเจน การพิจารณาถึงความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเรื่องสำคัญสำหรับพยาบาลมาก เพราะทำให้ทราบเหตุผลว่า ทำไมผู้ป่วยถึงต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล (Orem 1985 : 107) เวฟเวอร์ (Weaver 1987 : 381) ยังสนับสนุนว่าการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่มีความเชื่อถือและเชื่อมั่นได้ จะช่วยเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

ปัจจุบันมีนักวิจัยหลายท่านพยายามที่จะสร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ตามกรอบทฤษฎีของโอเรม เช่น เครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The exercise of self-care agency) ของเคียร์นีย์ และฟลิสเชอร์ (Kearney & Fleischer 1979) ซึ่งริสซ์ และฮัค นำมาใช้แล้วพบว่า เมื่อวิเคราะห์เครื่องมือในด้านต่างๆ แล้วไม่ตรงตามที่เคียร์นีย์และฟลิสเชอร์สรุปไว้ ส่วนโอเซ็นเบิร์กวิเคราะห์รายละเอียดของเครื่องมือเดียวกันนี้ พบว่า มี 7 ข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Gast, et al. 1989 : 31-32) เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The perception of self-care agency questionnaire) ของแฮนสันและบิคเคิล (Hanson & Bickel 1985) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เมื่อนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ พบว่า เครื่องมือนี้สามารถวัดพลังความสามารถได้เพียง 8 ประการ เวฟเวอร์และเคฟว์แลนด์ นำเครื่องมือดังกล่าวมาทดสอบความตรงตามโครงสร้าง พบว่าไม่สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองว่าตรงกับพลังความสามารถ 8 ประการ ตามที่แฮนสันและบิคเคิลสรุปไว้ (Gast, et al. 1989 : 34) แกส และคณะ (Gast, et al. 1989 : 36-37) ได้วิจารณ์เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองว่า ยังไม่มีเครื่องมือใดที่จะสะท้อนให้เห็นโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองได้ชัดเจน การพัฒนาทฤษฎีและเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ยังต้องมีการดำเนินต่อไปอีก

จากปัญหาของเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เกเด็น (Geden 1989 : 65-78) ได้นำแนวความคิดดังกล่าวมาสร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแล

ตนเอง โดยให้ผู้ป่วยแสดงถึงการรับรู้ความสามารถที่จะดูแลตนเองในแบบสำรวจตนเองในฐานะผู้ดูแลตนเอง (Self-As-Carer inventory) แนวทางในการประเมิน เกณฑ์อีกกรอบความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) โดยให้เหตุผลว่า ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถแสดงออกในรูปของการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองตามระยะการดูแลตนเองของทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 การพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ โอเรมได้อธิบยารายละเอียดในแต่ละระยะดังนี้ (Orem 1985 : 177-122) ตามแผนภูมิที่ 4



ระยะที่ 1 (Action phase : One) การที่บุคคลจะดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับการพิจารณาตัดสินใจว่าจะทำอะไรจะทำหรือควรจะทำสิ่งใด บุคคลจะสามารถพิจารณาตัดสินใจดังกล่าวได้ต้องประกอบไปด้วยความรู้ 2 ชนิด ดังนี้คือ

1. ความรู้ที่จะสังเกตเหตุการณ์ ปัจจัยภายในภายนอกที่มีผลกระทบและความรู้ที่มีอยู่เดิม (Antecedent knowledge) ที่จะช่วยในการสังเกต แปลความหมาย และแสดงถึงความสัมพันธ์ของความเป็นไปได้ที่จะกระทำในเหตุการณ์หรือปัจจัยที่มากกระทบนั้นๆ

2. ความรู้ทางด้านอื่นๆ เช่น

2.1 การรู้ถึงปัจจัยภายในภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความผาสุกของชีวิต

2.2 การรู้ถึงลักษณะของปัจจัยที่มากกระทบ ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

2.3 รู้ว่าอะไรที่บ่งบอกถึงควมมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิต

2.4 รู้ถึงประโยชน์และโทษที่อาจมีผลเนื่องมาจากการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

การที่จะพิจารณาและตัดสินใจเลือกการกระทำการดูแลตนเองได้นั้น อาจมีปัจจัยอย่างอื่นมากกระทบ เช่น สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอที่จะตัดสินใจว่าควรจะทำอะไรได้บ้าง ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ ภาวะสุขภาพ พื้นฐานของความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง แหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุน และปัจจัยภายในของบุคคลเอง เช่น กำลังใจ ความวิตกกังวล ระดับสติปัญญา อย่างไรก็ตาม การรู้ถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความผาสุกและกระบวนการของชีวิต ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะนำไปสู่การวินิจฉัย การพิจารณาและตัดสินใจในระยะแรกของการดูแลตนเอง โดยเฉพาะความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และความรู้โดยสามัญสำนึกจะมีความจำเป็นมากในระยะแรกของการดูแลตนเอง

ระยะที่ 2 (Action phase : Two) ระยะนี้จะเริ่มต้นพร้อมกับการพิจารณาตัดสินใจ แต่จะเป็นการตัดสินใจเลือกกลุ่มของการกระทำให้สัมพันธ์กับความต้องการดูแลตนเองโดยเฉพาะปัญหาต่างๆที่จะพบในระยะนี้ของผู้ดูแลตนเอง คือ จะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้อีกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใด การกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อีกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง การกระทำใน

ระยะนี้จะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ

1. การมีความรู้ความชำนาญโดยเฉพาะ
2. มีแรงจูงใจเพียงพอ และใช้ความพยายามอย่างค่อนเนื่องจนได้รับความสำเร็จ
3. พบกับความต้องการสำหรับการดูแลตนเองในแต่ละระดับโดยมีความผิดพลาดในการดูแลตนเองน้อยที่สุด
4. มีพลังและความรู้สึกที่ดีเพียงพอที่จะริเริ่มและสนับสนุนความพยายามในการดูแลตนเอง

แบบสำรวจของเกเด้นได้มีการปรับปรุงมาจากเครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The exercise of self-care agency) ของ เคียร์นีย์ และฟลิสเชอร์ (Kearney & Fleischer 1979 : 25-34) และเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The perception of self-care agency questionnaire) ของแฮนสันและบิคเคิล (Hanson & Bickel 1985) โดยปรับเปลี่ยนข้อความที่อยู่ในรูปของผู้ถูกกระทำเป็นผู้กระทำเอง เพื่อให้ตรงกับกรอบทฤษฎีที่ว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างมีจุดมุ่งหมายหรือเป็นผลจากการค้นหากิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง (Orem 1985 : 155) เปลี่ยนข้อความทางลบให้เป็นข้อความทางบวก เพื่อลดความยุ่งยากและสับสนในการตอบ เน้นข้อความที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองให้มากขึ้น และตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับความสามารถออก เกเด้น (Geden 1989 : 69, 73) ได้หาความเชื่อมั่นของแบบสำรวจโดยวิธีทดสอบซ้ำกับนักศึกษาจำนวน 56 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 589 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่บ้าน 130 คน ในโรงพยาบาล 259 คน กลุ่มคนปกติ 200 คน พบว่า แบบสำรวจตนเองในฐานะผู้ดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเกเด้น จึงน่าจะสะท้อนให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองได้ตามกรอบทฤษฎีของโอเรม เพื่อที่จะพัฒนารอบทฤษฎีของโอเรม ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาศึกษาในครั้งนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเพราะอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จนทำให้มีความผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (สุนทร คัมภีร์ 2531 : 197) ความไม่สมดุลระหว่างอินซูลินและน้ำตาลนี้ อาร์มสตรอง (Armstrong 1987 : 568) กล่าวว่า เป็นผลโดยตรงจากการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหารจึงมีความสำคัญที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องตระหนักถึงในการดูแลตนเอง ชูจิตร์ เปล่งวิชา (2531 : 45) ยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมอาหารว่า ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนไม่ว่าจะมีอายุมากน้อยเพียงใด และไม่ว่าจะมีอาการของโรครุนแรงมากน้อยอย่างไร จำต้องตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการเกี่ยวกับอาหารที่บริโภค และสุรัตน์ โคมินทร์ (2528 : 151) ให้เหตุผลสนับสนุนเรื่องการควบคุมอาหารว่า ปัจจุบันถึงจะมีความก้าวหน้าอย่างมากเกี่ยวกับความรู้และเทคโนโลยีของการสังเคราะห์ การบริหารยาเบาหวานทั้งอินซูลิน และยาเม็ดลดน้ำตาลก็ตาม แต่การใช้ยาปริมาณมากเกินไปอาจทำให้การควบคุมเบาหวานลำบากมากขึ้น ในขณะที่การควบคุมอาหารถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพจะช่วยทำให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น การควบคุมอาหารจึงไม่เพียงแต่ช่วยในการควบคุมโรคเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ความรุนแรงของโรคช้าลง (Schneider, et al. 1983 : 308)

การควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคจึงเป็นความต้องการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและช่วยให้การทำหน้าที่ของร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ดังที่วลัย อินทรมหรรษ์ (2531 : 55) ได้อธิบายว่า วัตถุประสงค์ในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน คือ

1. รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ
2. ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
3. ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

เนื่องจากการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อการรักษาโดยตรง (Backsheider 1974 : 1139) ผู้ป่วยจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในเรื่องนี้ และการดูแลตนเองจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ที่จะใช้ความ

พยายาม และความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสำคัญ

ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องศึกษาแนวทางในการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุความต้องการในเรื่องการควบคุมอาหารดังกล่าว มีหลายท่านที่ให้แนวคิดในการปฏิบัติตัว เช่น จูบิซ (Jubiz 1979 : 165) กล่าวว่า หลักทั่วไปที่จะต้องคำนึงอยู่เสมอ คือ

1. พยายามแยกให้ได้ว่านิสัยในการรับประทานอาหารใดไม่เหมาะสม
2. ควรจะได้รับปริมาณอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน เท่าใดจึง

จะสมดุล

3. อาหารประเภทใดที่รับประทานได้โดยไม่มีผลกระทบต่อชีวิต

ส่วนไบเจลแมน และคูมาร์ (Bigelman & Kumar 1986 : 51-53) ได้อธิบายแนวทางในการควบคุมอาหารตามชนิดของโรคเบาหวานไว้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จะต้องตระหนักถึงการปฏิบัติดังนี้

1. รับประทานอาหารตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ
2. ควบคุมปริมาณพลังงานและสารอาหารได้เพียงพออย่างสม่ำเสมอ
3. หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จะต้องปฏิบัติดังนี้

1. ควบคุมน้ำหนักตัวให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ
2. ควบคุมปริมาณอาหารให้เพียงพอและสมดุลกับความต้องการของร่างกาย

แคสเมียร์ (Cassmeger, in Phipps, et al., ed. 1987 : 616) กล่าวถึงแนวทางที่สำคัญในการปฏิบัติเพื่อควบคุมอาหารของสมาคมเบาหวาน ไว้ดังนี้

1. ได้รับพลังงานจากอาหารเพียงพอกับกิจกรรมที่ทำและควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องลดน้ำหนักจะต้องลดพลังงานจากอาหารที่ได้
3. พลังงานที่ได้จากอาหารจะต้องประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต 50-60% โปรตีน 20% และไขมัน 30%

4. ไขมันที่ได้รับต้องเป็นไขมันอิ่มตัว 10% ถ้าไขมันไม่อิ่มตัวรับได้ 90%

5. จำกัดน้ำตาลเชิงเดี่ยว

6. ได้รับวิตามินและเกลือแร่เพียงพอเท่ากับคนปกติ

คัมภีร์ มัลลิกะมาส (2522 : 93) อธิบายว่า แนวทางในการควบคุมอาหาร คือ การลดอาหารและจำกัดอาหาร

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุความต้องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารตามแนวทางการดูแลตนเองของทฤษฎีการพยาบาลโอเรม มีการปฏิบัติดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้

1. การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่า อาหารประเภทใด ลักษณะใด ชนิดใด เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในการรับประทาน เช่น

นม ควรเลือกนมที่ไม่เติมน้ำตาลหรือปรุงแต่งรส ถ้าเป็นนมเปรี้ยวควรใช้ชนิดไม่ปรุงแต่งรสเช่นเดียวกัน (วลัย อินทรมหรรษ์ 2528 : 139)

ผลไม้ ลักษณะของผลไม้ที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ผลไม้แห้ง เนื่องจากผลไม้หลายชนิดเมื่อแห้งจะมีน้ำตาลสูงขึ้น เช่น กัวยาดาก อินทผลัม ลูกเกด ลูกพลับแห้ง ลิ้นจี่แห้ง ลำไยแห้ง ฯลฯ ผลไม้บรรจุกระป๋อง ผลไม้หวาน ผลไม้เชื่อม เช่น ลิ้นจี่ เงาะ ลำไย ฯลฯ และผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน น้อยหน่า อ้อย ละมุด ลำไย องุ่น (วลัย อินทรมหรรษ์ 2528 : 138) ควรเลือกผลไม้ที่มีน้ำมาก เช่น ส้ม มะนาว แตงโม จะมีคาร์โบไฮเดรตน้อย (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์ 2520 : 33) และเลือกผลไม้ที่มีใยอาหารประกอบเป็นส่วนใหญ่ (สุรัตน์ ทัศนิก 2528 : 155) ดังตัวอย่างเช่น (วลัย อินทรมหรรษ์ 2531 : 18)

ผลไม้ (ปริมาณ 100 กรัม)	ปริมาณใยอาหาร (กรัม)
มะกอกฝรั่ง	10.5
ฝรั่ง	5.4
ลูกแพร์	5.8
มะม่วงดิบ	2.5
มะม่วงสุก	2.3

ผัก อาหารประเภทผัก ผู้ป่วยรับประทานได้ทุกชนิดไม่จำกัด ถ้าเลือกรับประทานควรเลือกผักที่มีน้ำและกากมาก เช่น ผักบุ้ง แตงกวา ผักกาด ผักคะน้า ผักตำลึง ฯลฯ (คัมภีร์

มีลักษณะ 2522 : 94) มากกว่าผักประเภท ราก หัว ดอก เช่น หัวหอมใหญ่ ดอกกะหล่ำ ดอก กระหล่ำ มันแกว (วลัย อินทรมพรรธ 2528 : 123) เนื่องจากผักประเภทหลังจะมีคาร์โบไฮเดรต มากกว่าผักประเภทแรก

อาหารประเภทธัญพืชหรือแป้ง เช่น ข้าว ถั่ว เต้าหู้ วุ้นเส้น ขนมปัง เผือก มัน เป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่มีรสหวาน แต่เมื่อรับประทานเข้าไป น้ำย่อยในร่างกายสามารถเปลี่ยนให้เป็นน้ำตาลได้ (วลัย อินทรมพรรธ 2531 : 15) แต่คาร์โบไฮเดรตที่เป็นสารประกอบเชิงซ้อน (Complex carbohydrates) จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นช้ากว่าการกินน้ำตาลซึ่งย่อยได้เร็วและถูกดูดซึมเร็ว (สุจิตร เปล่งวิทย์ 2531 : 47) การเลือกรับประทานอาหารส่วนนี้ จึงไม่ควรมีน้ำตาลปะปนเข้ามาด้วยและอาจเลือกรับประทานอาหารประเภทแป้งที่มีกาก เช่น ข้าว-เหนียวดำ ลูกเดือย ข้าวซ้อมมือ (วลัย อินทรมพรรธ 2531 : 17)

ไขมัน ไขมันที่ผู้ป่วยเบาหวานใช้ควรเป็นไขมันพืชที่มีกรดไขมันอยู่มาก เช่น ไขมัน ร้า ไขมันถั่วเหลือง แทนไขมันมะพร้าว กะทิ และไขมันจากสัตว์ ทั้งนี้เพื่อป้องกันโคเลสเตอรอล ในเลือดสูง (มหาวิทยาลัยสุโขทัย 2526 : 474) ลักษณะอาหารที่เลือกรับประทานจึงไม่ควรเป็น อาหารประเภทผัด ทอด แกงกะทิ มากจนเกินไป

เนื้อสัตว์ การเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ควรเลือกเนื้อสัตว์ที่เป็นเนื้อล้วนๆ ไม่ติดหนังและมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ไช้จี่ ไช้แดง เพื่อป้องกันการมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าที่ควร

นอกจากนั้นอาหารอื่นๆ ที่ผู้ป่วยควรดื่มน้ำ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ อาหารจำพวกน้ำตาลทุกชนิด ได้แก่ น้ำตาลทราย น้ำตาลอัดก้อน น้ำตาลปีบ น้ำตาลผลไม้ น้ำผึ้ง ฯลฯ น้ำหวานต่างๆ ได้แก่ น้ำหวานเข้มข้น น้ำผลไม้เข้มข้น น้ำอัดลม น้ำหวาน โอเลี้ยง ฯลฯ ขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด สั้ชชา ขนมหม้อแกง ขนมชั้น ฯลฯ อาหารที่มีน้ำตาล มาก เช่น แยม แอลลี่ นมข้นหวาน ทอฟฟี่ ช็อคโกแลต ลูกกวาด ฯลฯ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ (วลัย อินทรมพรรธ 2528 : 137-138) ถ้าผู้ป่วยต้องการดื่ม ชา กาแฟ ก็ไม่ควรเติมน้ำตาลหรือนมข้นหวาน หรืออาจใช้สารให้รสหวานแทนน้ำตาล

2. การควบคุมปริมาณอาหารและพลังงานที่ได้รับ ความต้องการสารอาหารและพลังงานของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเป็นไปตามสภาพของแต่ละบุคคล การที่ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น

มากนักยิ่งยงโรนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารอย่างเดียวน แต่ขึ้นอยู่กับปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายได้รับจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ถ้าพลังงานที่ได้รับจากอาหารสูงกว่าความต้องการของร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะสูงขึ้น การควบคุมพลังงานในอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติ ซึ่งเป็นการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็นด้วย (วณิช อินทรมพรรย์ 2528 : 107) ผู้ป่วยจึงต้องทราบว่าระดับน้ำตาลของตนเองอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมปริมาณอาหารผู้ป่วยร่วมด้วย

ปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยจะได้รับนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับพลังงานที่ใช้ในแต่ละ 1 วัน โดยเฉลี่ยคนไทยได้รับคาร์โบไฮเดรต 70-80% โปรตีน 10-15% และไขมัน 10-15% ของพลังงานที่ได้รับ (วณิช อินทรมพรรย์ 2531 : 14) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันให้ใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมปริมาณสารอาหารดังนี้ (วรรณ นิธิยานนท์ และคนอื่นๆ 2531 : 39; สุนทร ตัณฑนันทน์ และวณิช อินทรมพรรย์ 2532 : 56)

คาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยควรได้รับประมาณ 55-60% ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน แต่ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าวันละ 100 กรัม เนื่องจากจะทำให้ไขมันเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ เกิดสารพหุคีโตน ซึ่งมีปฏิกิริยาเป็นกรด ทำให้ร่างกายมีความเป็นกรดมากไป มีการเผาผลาญสารโปรตีนทดแทน ทำให้ร่างกายเสียโปรตีนไปมากกว่าที่ควร (ปาหนัน บุญหลง 2523 : 35; เสาวณีย์ จักรพิทักษ์ 2520 : 31) ปริมาณคาร์โบไฮเดรตดังกล่าว ควรได้จากอาหารจำพวกแป้งประมาณ 30-40% น้ำตาลจากผลไม้ประมาณ 5-15% ของพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน (Schneider 1980 : 309) เนื่องจากผลไม้จะประกอบด้วยวิตามินสูงในวันหนึ่ง ผู้ป่วยควรบริโภคอย่างน้อยที่สุด 1 ส่วน ส่วนคาร์โบไฮเดรตจากผักมีค่าน้ำตาลน้อย ผู้ป่วยรับประทานได้ไม่จำกัด และในผักจะมีส่วนประกอบของพวกวิตามิน A และ B สูง จึงควรบริโภควันหนึ่งไม่น้อยกว่า 2 ส่วน (อมรา จันทรากานนท์ 2512 : 494-495) กรณีที่ผู้ป่วยต้องการรับประทานน้ำตาลทรายในปัจจุบันมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของระดับน้ำตาลและอินซูลินในเลือด ถ้าปริมาณที่รับประทานอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 5 ของปริมาณแคลอรีที่ผู้ป่วยได้รับ (สุรัตน์ โคมินทร์ 2528 : 155) เช่น พลังงานที่ใช้ 1 วัน 1000 แคลอรี ปริมาณน้ำตาลที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ก็ประมาณ 13 กรัม หรือประมาณ 2-3 ช้อนชา เหตุผลที่ไม่ให้รับประทานมากเนื่อง

จากน้ำตาลจะเป็นตัวกระตุ้นให้รับประทานอาหารมากขึ้นและเป็นสาเหตุของความอ้วน (Nuttall 1983 : 201)

โปรตีน ผู้ป่วยควรได้รับประมาณร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน และควรรับประทาน 50 กรัมต่อวัน เพราะกรดอะมิโนจะช่วยในการหลั่งของอินซูลิน เมื่อรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตพร้อมกับโปรตีนจะทำให้น้ำตาลในเลือดไม่สูงขึ้น (สุนทร ตัณฑนันท์ 2531 : 270) สุรัตน์ โคมินทร์ (2528 : 155) กล่าวว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยอ้วนและได้รับอาหารลดแคลอรีอยู่ ผู้ป่วยอาจได้โปรตีนน้อยเกินไป ถ้าคำนวณตามวิธีดังกล่าว ในกรณีเช่นนี้ควรให้ผู้ป่วยได้โปรตีนที่มีคุณภาพดี ซึ่งได้แก่ โปรตีนจากไข่ขาว เนื้อสัตว์ นม เนย และในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้โปรตีนประมาณ 60-70 กรัม หรือเท่ากับเนื้อสัตว์ที่ปรุงแล้ว มีอละ 4-7 ช้อนโต๊ะ วันละ 3 มื้อ

ไขมัน ผู้ป่วยควรจะได้รับประมาณร้อยละ 20-30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน รุจิรา สัมมะสุต (ใน สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ 2529 : 181) กล่าวว่า ควรจะได้รับประมาณร้อยละ 30-35 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน และไขมันนี้ควรมีสัดส่วนของไขมันประเภทอิ่มตัว ต่อไขมันไม่อิ่มตัว เท่ากับ 1 : 1 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาของไขมันสูงในเลือดร่วมด้วย สัดส่วนของไขมันอิ่มตัว : ไขมันไม่อิ่มตัว อาจจะเปลี่ยนเป็น 1 : 2 การจำกัดปริมาณไขมันอิ่มตัวจะเป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารด้วย ทำได้โดยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารมันจัดทุกชนิด แยกเอาไขมันส่วนเกินออกจากเนื้อที่รับประทาน หลีกเลี่ยงการรับประทานพวกหนังสัตว์ ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดร่วมด้วยก็ให้รับประทานไข่ได้วันละ 1 ฟอง อาหารที่รับประทานควรปรุงโดยวิธีต้ม ต้ม อ่าง หรือปิ้ง วิธีดังกล่าวจะสามารถลดทั้งแคลอรีและไขมันลงได้ด้วย และได้สัดส่วนของไขมันอิ่มตัวต่อไขมันไม่อิ่มตัวใกล้เคียงกับที่กำหนดไว้ (สุรัตน์ โคมินทร์ 2528 : 156) เคย์ (Kaye 1954) กล่าวว่าควรจำกัดไขมันให้น้อยกว่า 250 กรัม หรือ 500 กรัม ต่อวัน (ชูจิตร เปล่งวิทยา 2531 : 48; วลัย อินทรมพรรย์ 2528 : 110) คือจำนวนไม่เกิน 20 ช้อนโต๊ะ

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ถ้าดื่มควรได้รับแอลกอฮอล์ไม่เกินร้อยละ 6 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน (Schneider 1983 : 309; Taylor & Anthony 1983 : 345) โดยแอลกอฮอล์ 1 กรัมจะให้พลังงาน 7 แคลอรี (Cassmeyer, in Phipps, et al., ed. 1987 : 620) เนื่องจากกระบวนการเมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์คล้ายกับเมตาบอลิซึมของพวกไขมัน ดังนั้นเมื่อ

ผู้ป่วยดื่มน้ำจึงจำเป็นต้องนำมาคิดคำนวณในพลังงานด้วยโดยใช้แลกเปลี่ยนกับอาหารไขมัน
 มิฉะนั้นแคลอรีจากแอลกอฮอล์ที่ได้เพิ่มขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักมากขึ้นเรื่อยๆได้ เช่น เบียร์
 1 แก้ว (8 ออนซ์) ให้พลังงานประมาณ 100 แคลอรี ไวน์ 100 มิลลิตรให้พลังงานประมาณ
 80 แคลอรี เป็นต้น ในทางตรงข้ามแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดการสร้างกลูโคสจากสารอาหารอื่นที่มีใช้
 คาร์โบไฮเดรต (Gluconeogenesis) ถ้าผู้ป่วยไม่ได้กินอาหารอื่นร่วมด้วยก็อาจเกิดอาการ
 น้ำตาลต่ำได้ (สัรตัน โคมินท์ 2528 : 156) ในกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินให้ดื่มแอล-
 กอฮอล์ได้ไม่เกิน 60 ซี.ซี.ต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Burtis, et al. 1988:445)

3. การควบคุมความบ่อยครั้งในการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหารผู้ป่วยจะต้อง
 ได้สารอาหารเพียงพอและพลังงานที่ได้ควรได้จากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ แป้ง ผัก ผลไม้
 ธัญพืช น้ำตาล ไขมันและเนื้อสัตว์ (Beigelman & Kumar 1986 : 53) หรือผู้ป่วยควรรับ-
 ประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน และจำนวนเพียงพอ (วลัย อินทิมพรัตน์ 2529 : 17) เพื่อ
 ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและคุณค่าทางอาหารอย่างเพียงพอ ดังนั้นจึงควรรับประทานอาหารใน
 หมวดนม หมวดผลไม้ หมวดผัก หมวดธัญพืช และแป้ง หมวดเนื้อสัตว์ หมวดไขมัน ทุกวันในปริมาณ
 ที่พอเหมาะ โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ควรมีในอาหารทุกมื้อ (อมรา จันทราภานนท์ 2522 : 495)
 รับประทานผักทุกวัน ทุกมื้อ และปริมาณผักไม่น้อยกว่า 2 ส่วนต่อวัน จะมีประโยชน์ต่อร่างกายมาก
 การดื่มนม รับประทานผลไม้ ไม่จำเป็นที่จะต้องรับประทานทุกวัน แต่ถ้ารับประทานในปริมาณที่
 พอเหมาะทุกวัน ก็จะทำให้ร่างกายได้รับอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น ส่วนอาหารประเภทที่มีน้ำตาล
 ประกอบเป็นส่วนใหญ่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือผลไม้ที่หวานจัด ถ้ารับประทานนานๆครั้งใน
 ปริมาณที่พอเหมาะ ก็จะไม่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่ถ้าไม่รับประทานเลยจะมีผลดี
 มากต่อการควบคุมโรค

4. การปรับตัวต่อการรับประทานอาหาร สิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องควบคุมตนเองหรือ
 ปรึกษาการรับประทานอาหารในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่

4.1 จำนวนมื้ออาหารจะต้องสม่ำเสมอและตรงตามเวลา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่
 ต้องใช้ยา ระดับน้ำตาลจะขึ้นหรือลงตามเวลาที่ยาออกฤทธิ์ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลใน
 เลือดต่ำได้ ในช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์เต็มที่ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารที่พอเหมาะ ผู้ป่วย
 กลุ่มนี้จึงอาจรับประทานได้วันละหลายมื้อ แต่ต้องรับประทานไม่มากเกินไปในแต่ละมื้อ (สัรตัน

โคมินทร์ 2528 : 154) ถ้าผู้ป่วยอ้วนและได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาล ควรได้รับอาหารวันละ 3 มื้อ ผู้ป่วยไม่อ้วนและรักษาด้วยยาเม็ดลดน้ำตาล ควรได้รับอาหารวันละ 3-4 มื้อ ถ้าผู้ป่วยได้รับการฉีดอินซูลิน ควรได้รับอาหารวันละ 4-6 มื้อ โดยแบ่งเป็นมื้อเล็กๆร่วมด้วย (สุนทร ตัณฑนันท์ และวลัย อินทรมพรรย์ 2532 : 59-60)

4.2 ปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อจะต้องสม่ำเสมอทุกวัน (Suitor & Hunter 1980 : 339; Taylor & Anthony 1983 : 343)

4.3 ปรับการรับประทานให้เหมาะสม ถ้าต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน (Suitor & Hunter 1980 : 340) ซึ่งแคสมีย์เยอร์ (Cassmeyer, in Phipps, et al., ed. 1987 : 629) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถเลือกรับประทานอาหารนอกบ้านได้อย่างเหมาะสม หรือเมื่อมีการสั่งสรรในสังคมและจะต้องดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะต้องไม่ดื่มขณะท้องว่าง ควรดื่มเหล้าผสมธรรมดาอย่างเจือจาง ดื่มในปริมาณจำกัด และควรลดปริมาณอาหารประเภทไขมัน เพื่อให้ได้พลังงานสำหรับมือนั้นไม่มากเกินไป (วรวิณี นิธิยานนท์ และคนอื่นๆ 2531 : 51-52)

4.4 ป้องกันตนเองมิให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยจะต้องรู้ว่าจะปรับการรับประทานอาหารอย่างไรจึงจะไม่เกิดปัญหาดังกล่าว เช่น การรับประทานอาหารตามทุกครั้งหลังจากฉีดยาหรือรับประทานยา 15-30 นาที ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตรงตามเวลา หรือไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยจะต้องชดเชยกลูโคสในเลือดที่ขาดไปจากอาหารมือนั้น ด้วยการรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตประมาณ 10 กรัม เช่น โคลา 100 มิลลิลิตร น้ำชงธรรมดา 120 มิลลิลิตร วุ้นที่ปรุงแต่งสี 60 มิลลิลิตร น้ำองุ่น 60 มิลลิลิตร น้ำแอปเปิ้ล 80 มิลลิลิตร ลูกอม 10 กรัม น้ำตาลหรือน้ำผึ้ง 2 ช้อนชา (Suitor & Hunter 1980 : 341)

4.5 ควบคุมการรับประทานอาหารให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Suitor & Hunter 1980 : 341)

ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองดังกล่าวได้หรือไม่ยังมีปัจจัยอื่นอีกหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง เช่น นิสัยในการรับประทานอาหาร อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ฯลฯ ถึงแม้จะมีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้องแต่ถ้าผู้ป่วยมีความตั้งใจและความพยายามที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

ให้ได้ ผู้ป่วยก็มีโอกาสบรรลุความต้องการดังกล่าวได้มาก และสามารถที่จะดำรงภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

โอเรม (Orem 1985 : 220) ได้ให้ทรรศนะว่า ปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลสามารถหรือไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองให้บรรลุตามความต้องการดูแลตนเอง เรียกว่า ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลส่วนนี้โอเรมยังสนับสนุนว่าควรจะนำมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ภาวะพัฒนาการ สังคม ชนมชนรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ปัจจัยดังกล่าวที่มีผลกระทบต่อการพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่นำมาศึกษาค้างนี้ ได้แก่

1. เพศ เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 137) นอกจากนั้นอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 22) จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เวทสตันและโอโลว์ แฮนส์สัน (Whetston & Olow Hansson 1989 : 967) ได้สรุปการศึกษาของ วาลานิส (Valanis 1986) เกี่ยวกับเพศต่อการดูแลตนเองว่า ผู้หญิงจะรายงานถึงสิ่งผิดปกติและระยะอันตรายเกี่ยวกับเนื้องอกได้มากกว่าผู้ชาย จากค่าเฉลี่ยของหญิงได้ 193.7 และชายได้ค่าเฉลี่ย 158.6 จากผู้รายงาน 100 คน เมื่อพบความผิดปกติดังกล่าว ผู้หญิงจะมาพบแพทย์ที่คลินิกมากกว่าผู้ชาย ส่วนการวิจัยของ กลาสโกว์และคณะ (Glasgow, et al. 1988 : 404) เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่า เพศชายจะออกกำลังกายและคำนวณแคลอรีของอาหารที่รับประทานได้ดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า เพศนั้นมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองร่วมด้วย แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่า เพศชายหรือเพศหญิงที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองมากกว่า

2. อายุ โอเรม (Orem 1985 : 226) กล่าวว่า อายุเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถ และข้อจำกัดสำหรับการดูแลตนเอง และมี ส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับลักษณะพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาของ เวทสโตน และโอโลว์ แฮนส์สัน (Whetstone & Olow Hansson 1989 : 967) สนับสนุน ในเรื่องของอายุต่อการดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ในการดูแลตนเองของกลุ่มอายุ 46-66 ปี มีความสนใจดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มอายุ 19-45 ปี ในทางตรงข้ามกลุ่มสูงอายุมีการกระทำเพื่อ ดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุ อายุจึงมีผลทั้ง ทางบวกและทางลบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. ระดับการศึกษา โอเรม (Orem 1985 : 175) เชื่อว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อ การพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ดังเช่น การศึกษาของ คาสล์และ คอบบี้ (Kasl & Cobb 1966 : 250-251) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมาก กับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ และประกัสสร เลียวไพโรจน์ (2523 : 42) ได้อ้างถึง การศึกษาของ จิตมัส ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของบุคคลทั้งในการป้องกัน และการรักษา โดยผู้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาของชนดึกกว่าผู้มีการศึกษาค่ำ เหตุผลที่ผู้มีการ ศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่านั้น เวทสโตน และโอโลว์ แฮนส์สัน (Whetstone & Olow Hansson 1989 : 967) กล่าวว่า เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษามาก สามารถที่จะประยุกต์ ความรู้สำหรับการดูแลตนเองที่มีมาใช้ได้ง่ายกว่า แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจของผู้ป่วยร่วมด้วย แต่จากการศึกษาของ ลันด์แมนและคณะ (Lundman, et al. 1990 : 260) ที่ศึกษาเรื่องความ ผาสุกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความผาสุก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาวิจัยของ โรสท์และคณะ (Rost, et al. 1990 : 1112) พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถที่จะทำนายค่าเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการศึกษามีผลต่อการดูแลตนเอง ขณะ เดียวกัน ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านอื่นๆด้วย ดังที่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 30) กล่าวว่า บุคคลจะมีการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันออกไป ยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ความเชื่อเดิม

ความสนใจ และคำนิยาม

4. รายได้ของครอบครัว จัดเป็นปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคม ซึ่งเพ็นเดอร์ (Pender 1982 : 161-162) กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และเอื้ออำนวยให้สามารถได้รับอาหารที่เพียงพอตลอดจนเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของ เครื่องใช้เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง การวิจัยที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังกล่าว เช่น การศึกษาวิจัยของ รัตน มาศเกษม (2527 : ข, ค) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยโรคลมบ้าหมู จำนวน 100 คน ซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางแห่งในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2527 พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยโรคลมบ้าหมูมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวก เวสต์ (West 1973 : 432) ยังสนับสนุนว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

5. สถานภาพสมรส จัดเป็นปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคมของปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเชฟซ์และคณะ (Chavez, et al. 1988 : 12) ได้อ้างถึงการศึกษาของ แมคอินทอช และชิฟเฟลท์ (McIntosh & Shifflett 1984) พบว่า การมีชีวิตร่วมกันของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแบบแผนการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น การศึกษาวิจัยอื่นๆ ยังพบว่า คู่สมรสหรือบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจากบุคคลใกล้เคียงจะรับประทานอาหารได้ดี ส่วนคู่สมรสที่มีการหย่าร้างหรือมีความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากจนเกินไป จะรับประทานอาหารได้น้อย และจากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 127 คน ของกลาสโกว์ และทูเบิร์ต (Glasgow & Toobert 1988 : 382) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวต่อการรักษาโดยเฉพาะ สามารถทำนายการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย เช่น การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การรับประทานยา การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ได้ดีกว่าการได้รับสนับสนุนทั่วไป หรือไม่ได้รับการสนับสนุน จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมด้วย

6. ชนิดของโรคเบาหวาน จัดเป็นข้อมูลทางด้านภาวะสุขภาพของปัจจัยพื้นฐาน พบว่าลักษณะของโรคเบาหวานที่พึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลินจะมีปัญหาเหมือนกัน เพียงแต่ว่าภาวะการ

ขาดอินซูลินอย่างรุนแรงจะพบในผู้ป่วยเบาหวานที่พึ่งอินซูลินมากกว่าเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Cassmeyer, in Phipps, et al., ed. 1987 : 605) และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลขึ้นลงบ่อยครั้ง (Suitor & Hunter 1980 : 332) ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะมีความรุนแรงในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดพึ่งอินซูลินมากกว่าชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (จิตร สิกขอมร 2529 : 481-488) จากอบสัน และคณะ (Jacobson, et al. 1990 : 379) ยังสนับสนุนว่าสภาพการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบมากต่อการดูแลตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จึงมีความยุ่งยากในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ชนิดของโรคเบาหวานจึงน่าจะมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมด้วย

7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลทางด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังเช่น การวิจัยของกลาสโกว์และคณะ (Glasgow, et al. 1987 : 404-405) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จำนวน 93 คน พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี จะรายงานการปฏิบัติกิจกรรมได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานน้อยกว่า 10 ปี ในทางตรงข้ามผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมากกว่า 10 ปี จะปฏิบัติตามการรักษาได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงอาจมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทั้งในทางบวกและลบ

8. อาชีพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะของอาชีพจะมีการใช้พลังงานแตกต่างกันไปในแต่ละวัน ซึ่ง วลัย อินทรมพรรย์ (2528 : 116) ได้แบ่งกลุ่มอาชีพตามลักษณะการใช้แรงงานออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. กลุ่มทำงานหนัก ได้แก่ งานประเภททำสวน ทำไร่ กรรมกร ก่อสร้าง
2. กลุ่มทำงานปานกลาง ได้แก่ งานบ้านที่ต้องใช้แรงงานมาก เช่น ถูบ้าน ซักผ้า หรือรีดผ้ามาก

3. กลุ่มทำงานเบา ได้แก่ งานบ้านเบาๆ งานในสำนักงาน

หลักการในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ ผู้ป่วยจะต้องควบคุมพลังงานจากอาหารให้เพียงพอกับพลังงานที่ใช้ใน 1 วัน (Position Statement 1990



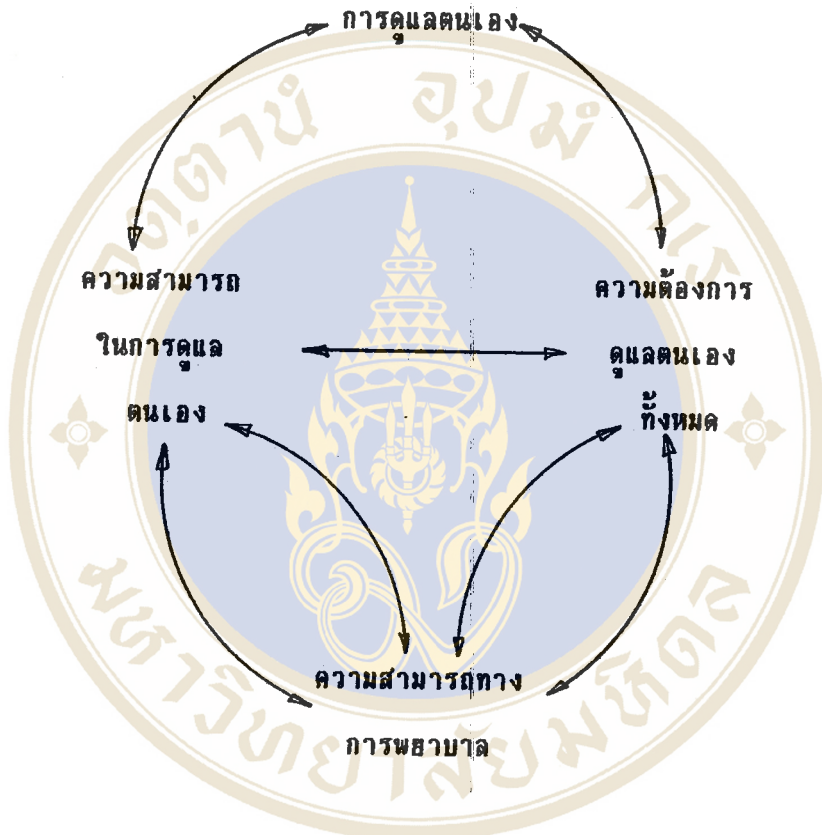
: 21) เวสต์ (West 1973 : 431) กล่าวว่า การวางแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับลักษณะงานเป็นเรื่องยาก และเป็นสาเหตุหนึ่งของความล้มเหลวในการควบคุมอาหารของผู้ป่วย นอกจากนั้นลักษณะอาชีพยังมีส่วนต่อการปรับการรับประทานอาหารอื่นๆให้เหมาะสมด้วย ดังที่ อาร์มสตรอง (Armstrong 1987 : 788) กล่าวว่า งานที่ต้องเดินทาง งานที่ให้ความบันเทิง หรืองานอื่นๆ ที่ต้องพบปะสังสรรค์ งานเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าไม่มีการวางแผนในการรับประทานอาหารหรือรับประทานยา จากข้อมูลลักษณะของอาชีพ จึงน่าจะมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

ความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

โอเรม (Orem 1985 : 33) ได้อธิบายถึงข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับบุคคลหรือมนุษย์ (Human being) ว่า "มีความสามารถที่ก่อให้เกิดการกระทำอย่างจงใจ แสดงออกมาในรูปของการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลอื่น ในการที่จะวิเคราะห์หาสิ่งที่จำเป็นมาสู่ชีวิต" และให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็น คุณภาพที่สลับซับซ้อนของมนุษย์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพ เพื่อบรรเทาความต้องการดูแลตนเอง (Orem & Taylor 1986 : 49) โอเรม (Orem 1991 : 148) ได้อธิบายข้อเสนองานเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองไว้ดังนี้ คือ พลังความสามารถของแต่ละบุคคลที่นำไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญในการดูแลตนเอง หรือ คือความสามารถที่จะประมาณการ และนำไปสู่การดูแลตนเอง จากข้อมูลที่กำลังมาแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง ที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองได้ จึงกล่าวได้ว่า ถ้าบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem & Taylor 1986 : 48; Weaver 1981 : 381) ความสามารถในการดูแลตนเองจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดูแลตนเอง ดังแสดงให้เห็นในกรอบพื้นฐานของทฤษฎีตามแผนภูมิที่ 5

การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน จัดเป็นปัญหาใหญ่ และเป็นเรื่องสำคัญที่ควรตระหนักถึงมากที่สุด (Gohdes 1988 : 190; West 1978 : 432) เป็นความต้องการดูแลตนเองที่มีผลมาจากการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้อง

รับผิดชอบดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการรักษา (Baksheider 1974 : 1139) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน



แผนภูมิที่ 5 กรอบพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรน

ที่มา : Orem & Taylor 1986 : 46

จากการศึกษาของสโตน (Stone 1969) เกี่ยวกับความล้มเหลวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 126 คน พบว่า มีสาเหตุจากการควบคุมอาหารไม่ดีมากที่สุด (West 1978 : 45) และการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller 1982 : 28) พบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีปัญหามากที่สุด คือ การควบคุมอาหาร การวิจัยของวิลลา ดันตโยทิส (2525 : 25) ยังสนับสนุนเช่นเดียวกันว่า การปฏิบัติตัวที่เป็นปัญหามากที่สุดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือ การควบคุมอาหาร แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังมีปัญหาการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

โอเรม (Orem 1985 : 107) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สิ่งที่จะต้องพิจารณาและประเมิน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเอง คือ สิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลกระทำการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพ และเป็นไปตามความต้องการหรือความจำเป็น เพื่อหาเหตุผลว่าทำไมผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล (Orem & Taylor 1986 : 49)

การที่ผู้ป่วยเบาหวานยังมีปัญหาการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือดังกล่าว เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถที่จะดูแลตนเอง ดังกล่าวได้ในผู้ป่วยเบาหวาน สิ่งที่จะต้องพิจารณาและประเมิน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ดังได้กล่าวมาแล้วถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับการดูแลตนเอง และความสำคัญของการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร จึงต้องทราบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างไร ดังที่เวฟเวอร์ (Weaver 1987 : 381) กล่าวว่า การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่เชื่อถือและเชื่อมั่นได้ จะช่วยเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่ร้ายแรง ที่มีผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร เช่น โรคไต โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน และระยะเวลาของการเจ็บป่วย สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาก่อนที่คลินิกเบาหวานของ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2533 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ.2534

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจงจากประชากรดังกล่าว ตามโรงพยาบาลต่างๆที่กำหนด จนครบจำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยมีดังนี้

1. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจะใช้แบบสำรวจตนเองในฐานะผู้ดูแลตนเอง (Self-As-Carer Inventory) ของเกเด็น (Geden 1989 : 64-79) ซึ่งผู้วิจัยได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมีอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านพิษวิทยาของไอเทมเป็นบรรณาธิการในการตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสม และความสมบูรณ์ของ

ข้อความที่เป็นภาษาไทย ซึ่งรายนามผู้เชี่ยวชาญได้จากภาคผนวก ก แบบสอบถามชุดนี้มีข้อความ 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. เป็นข้อความเกี่ยวกับการรู้จักตนเอง ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าในการดูแลตนเอง รวมถึงการรู้ถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง และจุดประสงค์ในการดูแลตนเองประกอบด้วยข้อความ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35
2. เป็นข้อความเกี่ยวกับการพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีที่ควรจะทำเพื่อการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อความ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 20, 24, 26, 30, 37, 38, 39, 40
3. เป็นข้อความเกี่ยวกับความตั้งใจและการควบคุมตนเอง ประกอบด้วยข้อความ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 10, 11, 12, 19
4. เป็นข้อความเกี่ยวกับการมีทักษะและความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อความ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 9, 13, 25, 27, 36

โดยด้านที่ 1 และ 2 จะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะที่ 1 คือ การพิจารณาและตัดสินใจที่จะเลือกการกระทำดูแลตนเอง ส่วนด้านที่ 3 และ 4 จะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะที่ 2 คือ การกระทำและผลของการกระทำ

ลักษณะคำตอบของข้อความแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ดังนี้

ตรงมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีการกระทำตรงกับข้อความในคำถามนั้นมากที่สุด
--------------	---------	---

ตรงปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการกระทำตรงกับข้อความในคำถามนั้นปานกลาง
------------	---------	---

ตรงเพียงเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีการกระทำตรงกับข้อความในคำถามนั้นเล็กน้อย
------------------	---------	--

ไม่ตรงเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีการกระทำตรงกับข้อความในคำถามนั้นเล็กน้อย
----------------	---------	---

ไม่ตรงปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการกระทำตรงกับข้อความในคำถามนั้น
ปานกลาง

ไม่ตรงมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการกระทำตรงกับข้อความในคำถามนั้น
มากที่สุด

ลักษณะของข้อความที่เป็นทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้

ตรงมากที่สุด	ให้คะแนน	6	คะแนน
ตรงปานกลาง	ให้คะแนน	5	คะแนน
ตรงเพียงเล็กน้อย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่ตรงเล็กน้อย	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่ตรงปานกลาง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่ตรงมากที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 40-240 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวม
ต่ำ แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีความสามารถในการ
การดูแลตนเองสูง

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ได้หาความ
เที่ยงตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่ชำนาญทางทฤษฎีการพยาบาล
ของโอเรม จำนวน 6 ท่าน (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก.) พิจารณาความเที่ยงตรง
ของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากที่ผ่านมาการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ
แล้ว ได้มีการแก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติมข้อความให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมด้าน
ภาษาตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ตามคุณสมบัติของกลุ่มประชากรที่กำหนด จำนวน 10 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังสูตร (สุพิน จันทรักคะ, ใน พรศรี ศรีธัญญาพร และสุวดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ 2529 : 122)

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

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อถือได้
 n = จำนวนข้อมูลในเครื่องมือ
 S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 S^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 0.75

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยยึดแนวทางการดูแลตนเองตามทฤษฎีโอเรมเป็นหลัก แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และส่วนที่เป็นการบันทึกข้อมูลอื่นๆ ที่นำมาใช้ประกอบการวิจัย ได้แก่ วิธีการรักษา น้ำหนักตัว ความสูง และระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งการปฏิบัติดูแลตนเองออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การเลือกรับประทานอาหาร มีข้อคำถาม 5 ข้อ

2. การควบคุมความบ่อยครั้งในการรับประทานอาหาร มีข้อคำถาม 8 ข้อ

3. การปรับการรับประทานอาหารตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 6 ข้อ

4. การควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน มีข้อคำถาม 8 ข้อ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะต้องนำมาพิจารณา คำนวหาปริมาณสารอาหารและพลังงานที่ได้รับตามเกณฑ์การให้คะแนนที่สร้างขึ้นตามหลักวิชาการ (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก จ.)

เกณฑ์คะแนนการปฏิบัติดูแลตนเอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การให้คะแนน ถ้าปฏิบัติดูแลตนเองถูกต้องตามเกณฑ์มากที่สุด ปานกลาง น้อย และไม่ตรงตามเกณฑ์ ให้คะแนนการปฏิบัติดูแลตนเองตามลำดับ คือ 3, 2, 1 และ 0 ค่าคะแนนจากการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0-75 คะแนน

ความหมายของคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูง คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้เหมาะสม ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่เหมาะสม

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ที่ชำนาญทางทฤษฎีการพยาบาลของโฮเรม อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจารย์ทางด้านโภชนาการ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเบาหวาน จำนวน 10 ท่าน (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก.) หลังจากที่ผ่านมาการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้มีการแก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติมข้อความและความชัดเจนของเนื้อหา ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามคุณสมบัติของกลุ่มประชากรที่กำหนดจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เช่นเดียวกับการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ทุกวันจันทร์ อังคาร และศุกร์	เวลา 8.00-12.00 น.
โรงพยาบาลศิริราช	ทุกวันพุธ	เวลา 8.00-12.00 น.
โรงพยาบาลราชวิถี	ทุกวันพฤหัสบดี	เวลา 8.00-12.00 น.
โรงพยาบาลรามาธิบดี	ทุกวันพฤหัสบดี	เวลา 13.00-14.00 น.

ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
2. ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด
3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยยืนยันกับผู้ป่วยว่าจะถือเป็นความลับ
4. ผู้วิจัยชี้แจงน้ำหนักและวัดส่วนสูงของผู้ป่วย ทำก่อนหรือภายหลังการตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ ตามความต้องการของผู้ป่วย
5. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ก่อนหรือหลังการตอบแบบสอบถามความสามารถในการดูแลสุขภาพตามความสะดวก เนื่องจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน

6. การเก็บข้อมูลแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ปวยเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนตอบแบบสอบถาม ในการเก็บข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 ที่ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้เอง โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้ฟัง แล้วให้ผู้ปวยบอกว่าข้อความดังกล่าว ตรง หรือไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ปวย เมื่อผู้ปวยเลือกคำตอบแล้ว จึงให้ผู้ปวยบอกระดับของความตรง และไม่ตรงตามความรู้สึกของผู้ปวยเอง ผู้วิจัยจึงขีดเครื่องหมายลงในช่องที่ผู้ปวยเลือก

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อความตอบอีกครั้ง ถ้าตอบคำถามไม่ครบ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วน

8. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยอธิบายและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารแก่ผู้ปวย

9. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

10. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[®] (Statistical Package for the Social Sciences) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ปวยเบาหวาน
3. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ปวยเบาหวาน โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) มีสูตรดังนี้
(วิเชียร เกตุสิงห์ 2526 : 26)

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ สถานภาพสมรส และชนิดของโรคเบาหวาน เปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบที (t-test). ตามขั้นตอนดังนี้ (ชูศรี วงศ์วัฒนา 2526 : 177)

4.1 ทดสอบค่าความแปรปรวนของประชากร (σ^2) ทั้ง 2 กลุ่มว่า เท่ากันหรือไม่ โดยใช้ F-test ดังนี้

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

$$df_1 = n_1 - 1, df_2 = n_2 - 2 \text{ เมื่อ } S_1^2 > S_2^2$$

นำค่า F ที่คำนวณได้มาเปรียบเทียบกับค่า F จากตาราง ถ้า F คำนวณ น้อยกว่า F จากตาราง แสดงว่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

$$4.2 \text{ เมื่อ } \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ X_1 และ X_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
 S_p^2 = ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองซึ่งหาได้จากสูตร

$$S_p^2 = \frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{(n_1-1) + (n_2-1)}$$

4.3 เมื่อ $\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{(S_1^2/n_1 + S_2^2/n_2)}{\frac{(S_1^2/n_1)^2}{n_1-1} + \frac{(S_2^2/n_2)^2}{n_2-1}}$$

5. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีความแตกต่างกันในด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เปรียบเทียบโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance) (ประกอบ การผศดร 2529 : 180)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรค เบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานจาก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 42 คน โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 23 คน โรงพยาบาล ราชวิถี จำนวน 25 คน และโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 10 คน รวม 100 คน ผลการวิจัย ได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารใน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการ เจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน(N=100)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	36	36
หญิง	64	64
อายุ		
20-40 ปี	17	17
41-60 ปี	61	61
มากกว่า 61 ปี	22	22
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73	73
มัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษา	17	17
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	10	10
สถานภาพสมรส		
มีคู่สมรสอยู่ด้วย	75	75
ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยหรือโสด	25	25

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 61 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 73 และสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่สมรสอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ 75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน(N=100)	ร้อยละ
อาชีพ		
ใช้แรงงานมาก	10	10
ใช้แรงงานปานกลาง	25	25
ใช้แรงงานน้อย	65	65
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 4,000 บาท	53	53
4,001-10,000 บาท	27	27
ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป	20	20
ชนิดของโรคเบาหวาน		
เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน	11	11
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	89	89
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย		
3 เดือน - 11 เดือน	49	49
1 ปี - 2 ปี	26	26
มากกว่า 2 ปี	25	25

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพใช้แรงงานน้อย คิดเป็นร้อยละ 65 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53 ชนิดของโรคส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน คิดเป็นร้อยละ 89 และระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 3 เดือน - 11 เดือน คิดเป็นร้อยละ 49

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนพฤติกรรม
การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการ
ดูแลตนเอง

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยของ	ค่าเฉลี่ยของ	$\bar{X}$	S.D.
	คะแนนแบบสอบถาม	คะแนนกลุ่มตัวอย่าง		
ความสามารถในการดูแลตนเอง	40-240	90-239	184.870	31.655
การรู้จักตนเอง	15-90	25-90	68.580	14.244
การพิจารณาและตัดสินใจ	10-60	14-60	44.350	10.096
ความตั้งใจและการควบคุมตนเอง	7-42	12-42	31.280	8.504
การมีทักษะและความพึงพอใจใน	8-48	24-48	40.660	6.129
การทำกิจวัตรการดูแลตนเอง				

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง โดยรวมเท่ากับ 90-239 ค่ามัธยฐานเลขคณิตเท่ากับ 184.870 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 31.655 ซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความ
สามารถในการดูแลตนเองแต่ละด้านพบว่า ด้านการรู้จักตนเอง มีค่ามัธยฐานเลขคณิตเท่ากับ 68.580
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.244 ด้านการพิจารณา และตัดสินใจ มีค่ามัธยฐานเลขคณิตเท่ากับ 44.350
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.096 ความตั้งใจ และการควบคุมตนเอง มีค่ามัธยฐานเลขคณิตเท่ากับ 31.280
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.504 และด้านการมีทักษะและความ
พึงพอใจในการทำกิจวัตรการดูแลตนเอง มีค่ามัธยฐานเลขคณิตเท่ากับ 40.660 และค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐานเท่ากับ 6.129

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยัมเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนแบบสัมภาษณ์	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนกลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0-75	17-68	43.27	8.42
การเลือกรับประทานอาหาร	0-15	2-15	9.72	2.49
การควบคุมความบอสร้ง ในการรับประทาน	0-24	7-24	15.42	3.55
การปรับการรับประทานอาหาร	0-18	0-18	8.79	4.21
การควบคุมปริมาณอาหาร รับประทาน	0-18	2-18	9.34	2.60

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยรวมเท่ากับ 43.27 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.42 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร พบว่ามีรายละเอียดดังนี้คือ ด้านการเลือกรับประทานอาหาร มีค่ามัธยัมเลขคณิตเท่ากับ 9.72 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.49 ด้านการควบคุมความบอสร้งในการรับประทาน มีค่ามัธยัมเลขคณิตเท่ากับ 15.42 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.55 ด้านการปรับการรับประทานอาหาร มีค่ามัธยัมเลขคณิตเท่ากับ 8.79 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.21 และด้านการควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน มีค่ามัธยัมเลขคณิตเท่ากับ 9.34 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.60

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ทดสอบที (t)
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม	.5100	6.8235***
การรู้จักตนเอง	.4735	6.0420***
การพิจารณาและตัดสินใจ	.5139	6.9130***
ความตั้งใจและการควบคุมตนเอง	.4010	4.7303***
การมีทักษะและความพึงพอใจในการทำกิจวัตรการดูแลตนเอง	.1300	1.3090 ^{ns}

*** P < .001

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05)

จากตารางที่ 5 พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน (P<.001) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้ดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองแต่ละด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) ยกเว้นด้านการมีทักษะและความพึงพอใจในการทำกิจวัตรการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มี เพศ สถานภาพสมรส และชนิดของโรคเบาหวาน แตกต่างกัน

ตัวแปร	N	คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง		
		$\bar{X}$	S.D.	t
เพศ				
ชาย	38	44.0556	8.576	0.70 ^{ns}
หญิง	64	42.8781	8.364	
สถานภาพสมรส				
มีคู่สมรสอยู่ด้วย	75	43.8267	8.058	1.15 ^{ns}
ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยหรือโสด	25	41.6000	9.394	
ชนิดของโรคเบาหวาน				
เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน	11	44.3636	9.426	0.45 ^{ns}
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	89	43.1348	8.334	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05)

จากตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มี เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคเบาหวาน แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน

ตัวแปร	N	คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง		
		$\bar{X}$	S.D.	F
อายุ				
20-40 ปี	17	43.6471	8.4922	
41-60 ปี	61	48.7541	9.0289	0.3285 ^{ns}
มากกว่า 61 ปี	22	44.4091	6.6308	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73	43.3151	8.8381	
มัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษา	17	48.1785	7.0731	0.3053 ^{ns}
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	10	44.8000	7.8429	
อาชีพ				
กลุ่มอาชีพใช้แรงงานมาก	10	39.6000	8.6820	
กลุ่มอาชีพใช้แรงงานปานกลาง	25	43.8400	9.2991	1.0637 ^{ns}
กลุ่มอาชีพใช้แรงงานน้อย	65	43.6154	8.0150	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
ต่ำกว่า 4,000 บาท	53	43.4717	8.2802	
4,001-10,000 บาท	27	42.5185	9.3454	0.1526 ^{ns}
ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป	20	43.7500	7.8060	
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย				
3 เดือน - 11 เดือน	49	48.1429	8.9116	
1 ปี - 2 ปี	26	44.5385	8.9810	0.4976 ^{ns}
มากกว่า 2 ปี	25	42.2000	6.8191	

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ผลจากการศึกษาตามตารางที่ 4 (หน้า 49) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีค่ามัธยฐานเลขคณิตเท่ากับ 43.27 ซึ่งมีค่าเกินครึ่งหนึ่งของพิสัยของคะแนนแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ได้ อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ ปรากฏว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีจำนวนหลายคนที่ไม่เห็นทันท่วงทีในเรื่องการควบคุมอาหารว่า มีความยุ่งยากสับสน และก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายมากในเรื่องการควบคุมอาหาร แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาหารด้วยตนเองอยู่ค่อนข้างมาก เช่น เดียวกับการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller 1982 : 28) ที่พบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองที่มีปัญหา มากที่สุดในผู้ป่วยเบาหวาน คือ การควบคุมอาหาร และเมื่อพิจารณารายละเอียดของพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมย่อยในการดูแลตนเองที่ควรได้รับการส่งเสริม ได้แก่ พฤติกรรมย่อยที่มีค่ามัธยฐานเลขคณิตต่ำกว่า 2 โดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวถูกต้องตามเกณฑ์น้อย และไม่ตรงตามเกณฑ์ เกินกว่าร้อยละ 25 ขึ้นไป (ดังแสดงในภาคผนวก จ. หน้า 114) ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ด้านการเลือกรับประทานอาหาร พบว่า การเลือกลักษณะอาหารในการ

รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ส่วนมากปฏิบัติถูกต้องตามเกณฑ์น้อย กล่าวคือ ผู้ป่วยร้อยละ 44 จะเลือกรับประทานอาหารที่มีลักษณะไม่เหมาะสมกับโรค คือ ค่อนข้างมัน หรือน้ำตาลผสม เช่น

ผัดเผ็ด ก๋วยเตี๋ยวแห้ง ผัดขี้ฉี่หรือผัดไทย แกงกะทิ ซำเป็รียวหวาน ต้มยำที่ใส่นมสด กะทิ และ/หรือน้ำพริกเผา ส่วนการปรุงอาหารประเภทเนื้อสัตว์และไข่ใช้วิธีการทอด ผัด และเจียว จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยมักจะให้คำตอบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการเลือกอาหารสำหรับรับประทานจะต้องควบคุมอาหารเหล่านี้ เนื่องจากคิดว่าต้องหลีกเลี่ยงเฉพาะของหวานเพียงอย่างเดียว เป็นต้น

1.2 ด้านการควบคุมความบ่อยครั้งในการรับประทานอาหาร พบว่า พฤติกรรมย่อยที่เป็นปัญหามากเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1.2.1 การรับประทานอาหารผิด พบว่า เป็นข้อที่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ถึงร้อยละ 48 กล่าวคือ ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารเป็นบางวันหรือไม่รับประทานอาหารเลย สาเหตุที่ไม่รับประทานอาหารผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ไม่ทราบว่าการรับประทานอาหารมีประโยชน์อย่างไรต่อโรคเบาหวาน

1.2.2 การรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวานมาก พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องตามเกณฑ์น้อย และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 32 และ 25 ตามลำดับ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีการรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวานมากสัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง หรือทุกวัน เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกอยากรับประทาน แม้จะทราบว่าควรจะงด

1.2.3 การรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ ส่วนใหญ่พบว่า มีการปฏิบัติตัวถูกต้องตามเกณฑ์ในระดับปานกลาง และถูกต้องน้อย ร้อยละ 32 และ 26 ตามลำดับ กล่าวคือ การปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และไม่พึ่งอินซูลิน จะรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ วันละ 1 มื้อ ส่วนการปฏิบัติตัวถูกต้องน้อย หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จะรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ เกิน 2 มื้อต่อวัน ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จะรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ วันละ 2 มื้อ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องตามเกณฑ์น้อย เนื่องมาจากนิสัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เช่น ชอบการรับประทานอาหารจุกจิก และไม่มีความรู้ว่า จะต้องรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้ออย่างไร จึงจะไม่มีผลกระทบต่อโรค

1.2.4 การรับประทานอาหารประเภทไขมัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 43 ปฏิบัติตัวถูกต้องตามเกณฑ์มากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันมากเป็นบางวัน และผู้ป่วยร้อยละ 31 ปฏิบัติตัวไม่ตรงตามเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารประเภทที่มี

ไขมันมากทุกมื้ออาหารในแต่ละวัน จากการพูดคุยซักถามปัญหาในกลุ่มที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องนั้น ผู้ป่วยบอกว่า ไม่ทราบว่า จะต้องควบคุมอาหารประเภทไขมัน

1.2.5 การรับประทานของหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องตามเกณฑ์มาก ร้อยละ 42 กล่าวคือ ผู้ป่วยจะรับประทานของหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และผู้ป่วยร้อยละ 25 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ในเรื่องการรับประทานของหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานทุกวัน โดยให้เหตุผลว่า ที่รับประทานบ่อยเนื่องจากไม่สามารถยับยั้งความอยากในการรับประทานอาหารได้

1.3 ด้านการปรับการรับประทานอาหารตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมย่อยที่มีปัญหามากเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1.3.1 การปรับการรับประทานอาหารเมื่อจะรับประทานขนมหวาน ผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การปฏิบัติในเรื่องนี้ถือว่ามีความสำคัญมากในการควบคุมอาหารคือ ผู้ป่วยจะต้องมีการรู้จักแลกเปลี่ยนอาหารในการรับประทาน เพื่อป้องกันมิให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวไม่ตรงตามเกณฑ์มากที่สุด ถึงร้อยละ 88 คือ ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร เพื่อให้เหมาะสมกับโรคแต่อย่างใด

1.3.2 การปรับการรับประทานอาหารเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิม พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ตรงตามเกณฑ์มากร้อยละ 40 กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารแต่อย่างใดให้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยยังคงรับประทานเหมือนที่เคยรับประทานมาแต่เดิม เช่น ยังคงรับประทานของหวาน และไม่มีการลดปริมาณอาหารใดๆ

1.3.3 การควบคุมตนเองอย่างเคร่งครัดในการรับประทานอาหารตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือนักโภชนาการ พบว่ามีผู้ป่วยควบคุมตนเองเป็นประจำสม่ำเสมอทุกมื้ออาหารร้อยละ 50 ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ควบคุมตนเองเลย ก็มีมากถึงร้อยละ 27 สาเหตุที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบว่า จะต้องปรับการรับประทานอาหารอย่างไร และรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ห่วงยากในการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยจึงไม่ปรับการรับประทานอาหารดังกล่าว

1.4 ด้านการควบคุมปริมาณสารอาหารในการรับประทาน พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติดูแลตนเองที่เป็นปัญหามากเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1.4.1 การควบคุมปริมาณพลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารต่อวัน

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ร้อยละ 74 ในเรื่องปริมาณพลังงานจากอาหารที่ได้รับมีทั้งที่ ได้รับพลังงานน้อยกว่าและมากกว่าพลังงานจริงที่ควรได้รับใน 1 วัน ร้อยละ 61 และร้อยละ 18 ตามลำดับ โดยปริมาณพลังงานที่ได้รับน้อยกว่าและมากกว่าพลังงานจริงที่ควรได้รับประมาณ 201-300 แคลอรี

1.4.2 การควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับต่อวัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 71 ได้รับสารคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 43-46 หรือ 67-70 ต่อวัน ซึ่งไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับสารคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 ของจำนวนพลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน

1.4.3 การควบคุมปริมาณสารอาหารโปรตีนที่ได้รับต่อวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 43 ปฏิบัติตัวถูกต้องน้อยกว่าในเรื่องได้รับสารโปรตีนร้อยละ 7-10 ต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือ ผู้ป่วยควรได้รับสารโปรตีนร้อยละ 15-20 ของจำนวนพลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน

1.4.4 การได้รับสารอาหารในแต่ละหมวด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 43 ปฏิบัติถูกต้องตามเกณฑ์ในระดับปานกลาง โดยได้รับสารอาหารครบเพียง 5 หมวด และร้อยละ 31 ปฏิบัติถูกต้องน้อย โดยได้รับสารอาหารครบเพียง 4 หมวด หมวดอาหารที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รับประทาน คือ หมวดนมและผัก

การที่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมปริมาณสารอาหารในการรับประทาน จากการซักถามพบว่า เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยได้รับคำแนะนำ หรือสอนเกี่ยวกับการคำนวณปริมาณอาหารที่รับประทาน และการแลกเปลี่ยนอาหารในการรับประทาน จากการซักถามมีผู้ป่วยเพียง 1 คน ที่เคยได้รับการอบรม การแลกเปลี่ยนอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดขึ้นเนื่องมาจากการที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนการรับประทานอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลในการรับประทานอาหารได้ไม่ครอบคลุม ทำให้ปริมาณอาหารที่นำมาคำนวณอาจได้ค่าไม่แน่นอนและไม่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

จากข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเลือกรับประทานอาหาร ด้านการควบคุมความบ่อยครั้งในการรับประทานอาหาร ด้านการปรับการรับประทานอาหารตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน และด้านการควบคุมปริมาณสารอาหารในการรับประทาน เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร จะพบปัญหาพฤติกรรมย่อยในการดูแลตนเองแตกต่างกันไปในแต่ละด้าน ซึ่งได้เสนอรายละเอียดดังกล่าวมาแล้ว ปัญหาที่พบเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารครั้งนี้ จะเป็นแนวทางให้พยาบาลทราบว่าควรส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคอย่างไรต่อไป

2. สมมุติฐานที่ 1 ที่ว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.5100$, $P<.001$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้ดี ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความสามารถในการ ดูแลตนเองต่ำ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่ดี ซึ่งผลการศึกษานี้ สันนิษฐานทฤษฎีพยาบาลของโอเรมที่อธิบายไว้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณภาพที่ สลับซับซ้อนของมนุษย์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Orem & Taylor 1986 : 45) ทั้งนี้อาจอธิบายเหตุผลได้ดังต่อไปนี้

โดยลักษณะธรรมชาติของมนุษย์แล้ว โอเรม (Orem 1985 : 15) กล่าวว่า มนุษย์มี ความต้องการที่จะดูแลตนเองตลอดเวลา เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย และเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถอยู่ในตัวที่จะกระทำการดูแลตนเองเพื่อเลือกหาสิ่งจำเป็นต่อชีวิต ให้สอดคล้องกับความต้องการดูแลตนเองในแต่ละปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งความสามารถดังกล่าวจะแสดง ออกมาให้เห็นได้ในรูปของการดูแลตนเองและบุคคลอื่น อย่างไรก็ตามบุคคลจะสามารถค้นหาสิ่ง จำเป็นต่อชีวิตและนำมาสู่ตนเองได้หรือไม่ขึ้น ยังขึ้นอยู่กับว่าบุคคลได้รับการพัฒนาความสามารถใน

ทิศทางใด ด้วยเหตุผลดังกล่าว การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เป็นความต้องการดูแลที่จะควบคุมโรคมิให้เป็นมากขึ้น จากความเชื่อของโอเรมเกี่ยวกับมนุษย์ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานจะดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังที่โอเรม และเทย์เลอร์ (Orem & Taylor 1986 : 49) อธิบายไว้ว่า ถ้าบุคคลไม่มีการพัฒนาความสามารถ หรือนำความสามารถมาใช้ได้อย่างเพียงพอที่จะนำไปสู่การกระทำการดูแลตนเองอย่างตั้งใจและมีจุดมุ่งหมาย การดูแลตนเองดังกล่าวก็จะไม่เกิดขึ้น ดังนั้น การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน จะดีหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังกล่าว

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาความสามารถในรายละเอียดแต่ละด้านของผู้ป่วย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการรู้จักตนเอง ด้านการพิจารณาและตัดสินใจ และด้านความตั้งใจและการควบคุมตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 5 หน้า 50) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีการปรับการดูแลตนเองต่อภาวะสุขภาพมาตลอดเวลา การได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรือการได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาล หนังสือ โทรทัศน์ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีการพัฒนาความสามารถในด้านการรู้จักตนเอง และด้านการพิจารณาและตัดสินใจเป็นอย่างมาก ซึ่ง 2 ด้านนี้ โอเรม (Orem 1990 : 163-165) กล่าวว่า การที่บุคคลมีความรู้จักตนเอง คือ รู้ถึงคุณค่าในการดูแลตนเอง รู้ถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ก่อนจะสรุปว่าอะไรควรทำไม่ควรทำ สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การพิจารณาและตัดสินใจเลือกการกระทำดูแลตนเองว่าควรจะทำหรือไม่ควรทำ หรือควรจะทำหรือไม่ควรทำอะไรที่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาตามที่ต้องการต่อไป จากการที่ผู้ป่วยเบาหวานได้มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน หรือการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และความต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ดี จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและความพยายามที่จะควบคุมตนเองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติดูแลตนเองให้ดีที่สุด โอเรม (Orem 1990 : 166) ยังกล่าวว่าบุคคลจะประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองหรือไม่ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ความพยายามที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจนได้รับความสำเร็จ และการมีพลัง

ความรู้สึกที่ดีเพียงพอที่จะสนับสนุนความพยายามที่จะกระทำการดูแลตนเองดังกล่าว ความสามารถทางด้านการตั้งใจและการควบคุมตนเองจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การดูแลตนเองในระยะที่ 2 คือ การกระทำและผลของการกระทำ จะประสบความสำเร็จหรือไม่ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านนี้ จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ในทางตรงข้าม จะพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการมีทักษะและความพึงพอใจในการทำกิจวัตรการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การประเมินความสามารถทางด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นการประเมินปัญหาสุขภาพทั่วไปที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เช่น ฉันทะเลียงแรงพอที่จะกระทำการต่างๆ เพื่อดูแลตนเอง ข้อต่อส่วนต่างๆ เช่น ข้อแขน ข้อขา ของร่างกายของฉันทะเลียงไหวและยึดหยุ่นได้ดีพอที่ฉันทะเลียงการดูแลตนเอง ฉันทะเลียงและมองเห็นดีพอที่ฉันทะเลียงตัวฉันทะเลียงเองได้ ฯลฯ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารน้อยมาก จึงพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการมีทักษะและความพึงพอใจในการทำกิจวัตรการดูแลตนเอง จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

3. สมมุติฐานที่ 2 ที่ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารแตกต่างกัน

จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) สมมุติฐานที่ 2 จึงไม่ได้รับการสนับสนุน ซึ่งสามารถยกอภิปรายได้ดังนี้

3.1 เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของโรค และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีความเป็นเอกพันธ์มาก คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64 มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไปร้อยละ 83 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 73 (จากตารางที่ 1 หน้า 46) ส่วนชนิดของโรค พบว่า เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินร้อยละ 89 และมีระยะเวลาของการเจ็บป่วย 3 เดือน-2 ปี ร้อยละ 75 (จากตารางที่ 2 หน้า 47) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยกำลังอยู่ในระหว่างการปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ เอบรัม (Abram 1969 : 160) ที่พบว่า การปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้เวลานาน 6-12 เดือน หากนานกว่า 24 เดือน ผู้ป่วยจะเริ่มหมดหวัง กังวลในการรักษา และไม่มั่นใจในสภาพการเจ็บป่วย จนทำให้เกิดความเครียด ประกอบกับลักษณะของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารจะเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ไม่ว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีปัจจัยพื้นฐานแตกต่างกันอย่างไรก็ตาม เนื่องจากการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารถือว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ที่จะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา (Backsheider 1978 : 1139) และเป็นการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอย่างเดียวกัน ดังที่ วูด (Wood 1987 : 7) อธิบายว่า ผู้ป่วยทุกคนจะพยายามปรับการดูแลตนเองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นหรือตามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ จนมั่นใจว่าไม่มีปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนใดๆที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวแตกต่างกัน จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ เพลินพิศ เลาหะวิริยะกมล (2531 : ก) และสนธิธา พิธิยกุล (2533 : 47) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการศึกษาของ โรสท์และคนอื่นๆ (Rost, et al. 1990 : 1112) พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายค่าเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด แต่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จากข้อมูลอาจกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกัน อาจจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.2 รายได้ของครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เวสต์ (West 1973 : 432) ที่กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากว่าลักษณะการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร จะเน้นถึงการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรค และการดำเนินชีวิตประจำวัน มากกว่าพฤติกรรมที่แสดงถึงอำนาจในการจัดซื้ออาหารตามความต้องการ ผู้ป่วยเบาหวานไม่ว่าจะมีรายได้สูงหรือต่ำ จึงไม่มีผลกระทบต่องานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร แต่อาจขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ เช่น บริโภคนิสัย ดังที่ คาสส์และคอบบ์ (Kasl & Cobb 1966 : 250-251) กล่าวว่า ภาวะเศรษฐกิจและรายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจซื้ออาหารชนิดต่างๆที่มีขายในชุมชนมาบริโภค แต่การมีฐานะเศรษฐกิจที่ดีไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้นๆจะมีบริโภคนิสัยที่ดีเสมอไป ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าไม่แตกต่างกัน อาจจะเป็นเพราะว่ามีความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานไม่มากพอที่จะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

3.3 สถานภาพสมรส ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ ผิดกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งคาดกันว่าจะได้รับการเอาใจใส่มากกว่า (Bohacick & Anton 1990 : 385) แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคู่สมรสหรือโสดอาจได้รับความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อน แทนคู่สมรส ดังที่ คริสเตียน (Christian cited in David 1988 : 152) ศึกษาด้านโครงสร้างเครือข่ายสังคมที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน พบว่าส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากกลุ่มเครือญาติ เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน เพื่อนบ้าน ประกอบกับลักษณะสังคมไทย สมาชิกในครอบครัวมักให้ความรักใคร่ผูกพันและให้ความสำคัญต่อหัวหน้าครอบครัว สมาชิก ผู้สูงอายุในครอบครัว (บุญลือ วันทาสนธ์ 2522 : 67) เมื่อเกิดเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จากเหตุผลดังกล่าว สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน จึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน

3.4 อาชีพ ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ ที่แบ่งตามการใช้แรงงาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเป็นเอกพันธ์ คือ มีอาชีพที่ใช้แรงงานน้อย ร้อยละ 65 (จากตารางที่ 2 หน้า 47) จากการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะทำงานบ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขายเล็กๆน้อยๆ ระยะเวลาในการทำงานของแต่ละอาชีพ เป็นงานในเวลากลางวันเหมือนกัน ไม่มีอาชีพที่จะต้องเดินทางไกล งานที่ต้องให้ความบันเทิง งานที่ต้องพบปะสังสรรค์มากในสังคม ซึ่งงานเหล่านี้มีผลกระทบต่อควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานมาก ถ้าไม่มีการวางแผนในการรับประทานอาหารหรือรับประทานยา (Armstrong 1987 : 788) ลักษณะของอาชีพของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันมากพอที่จะส่งผลต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ประกอบกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในแต่ละอาชีพที่ใช้แรงงานต่างกัน จะมีการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในรูปแบบเดียวกัน อาชีพที่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน

ถึงแม้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยหวานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เนื่องจากเหตุผลดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยอื่นๆที่ศึกษาพบว่า มีปัจจัยพื้นฐานบางประการมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมด้วย การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานจึงยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรจะศึกษาต่อไป เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม และเป็นแนวทางในการที่จะช่วยเหลือส่งเสริมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

อภิปรายเพิ่มเติม

อย่างไรก็ดีแม้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองแต่ละด้านพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควรจะได้รับ การส่งเสริม ได้แก่ ด้านการรู้จักตนเอง ด้านการพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิถีที่ควรจะทำ การดูแลตนเอง และด้าน

ความตั้งใจและการควบคุมตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองแต่ละด้าน พบว่ายังมีความสามารถในการดูแลตนเองรายชื่อค่อนข้างต่ำ คือ มีค่ามัธยฐานเลขคณิตต่ำกว่า 4 (ดังแสดงในภาคผนวก ข. หน้า 119) เช่น เมื่อฉันจะต้องดูแลตนเอง ฉันรู้ว่าจะขอความช่วยเหลือได้จากผู้ใดและจากที่ใด ฉันได้กำหนดว่าจะดูแลตนเองอย่างไรในแต่ละวัน เป็นต้น ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน เป็นความสามารถในการดูแลตนเองส่วนหนึ่งที่จะนำไปสู่การกระทำการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ ดังกล่าวมาแล้วในสมมุติฐานที่ 1



สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2533 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2534 จำนวน 100 ราย ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน
3. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ สถานภาพสมรส และชนิดของโรคเบาหวาน เปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบที (t-test)
5. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีความแตกต่างกันในด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เปรียบเทียบโดยวิเคราะห์ความแปรปรวน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.5100$)
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมารับการรักษาครั้งแรก โดยซักถามถึงความสามารถในการดูแลตนเองตามแบบสำรวจตนเองในฐานะผู้ดูแลตนเอง เนื่องจากการประเมินดังกล่าวจะช่วยทำให้ทราบถึงคุณสมบัติของความสามารถโดยเฉพาะในส่วนบุคคล เช่น การแสวงหาความรู้ และความรู้สึกรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ความสามารถในการที่จะพิจารณาและตัดสินใจที่จะเลือกหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ความตั้งใจและการควบคุมตนเองอยู่ตลอดเวลาที่จะกระทำการดูแลตนเองให้ดีที่สุด และความสามารถในการที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองดังกล่าว ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การทราบถึงคุณสมบัติของความสามารถโดยเฉพาะในส่วนบุคคลเหล่านี้ จะช่วยให้พยาบาลมองเห็นว่าควรส่งเสริมความสามารถทางด้านไหนของผู้ป่วย ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

1.2 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค้นหาปัจจัยพื้นฐานที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเอง

1.3 ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้การช่วยเหลือของกลุ่ม (Self help group) เนื่องจากการควบคุมอาหารเป็นเรื่องยุ่งยากและซับซ้อน และภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และไม่ทราบว่า จะกระทำการดูแลตนเองอย่างไร การช่วยเหลือของกลุ่มจะช่วยส่งเสริมกำลังใจและเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

1.4 จัดโปรแกรมการสอนแบบอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรค โดยเน้นถึงการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ ลักษณะของอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในการรับประทาน เช่น อาหารที่ ฝัด ทอด แงงกะทิ ธำที่ออกรสหวาน การควบคุมความบ่อสร้งในการรับประทานอาหาร ควรเน้นในเรื่อง ความสำคัญของการรับประทานผักเป็นประจำ ความบ่อสร้งในการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานมากเป็นส่วนใหญ่ จำนวนมือของการรับประทานอาหารว่างระหว่างมือ ความบ่อสร้งในการรับประทานอาหารไขมันและความบ่อสร้งของการรับประทานของหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การปรับการรับประทานอาหารตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน ควรเน้นในเรื่อง การปรับชนิดของอาหารที่รับประทานภายหลังรับประทานขนมหวาน ผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การปฏิบัติตัวเมื่อรู้สึกอยากรับประทานอาหารว่างมือ การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิมและการควบคุมตนเองอย่างเคร่งครัดในการรับประทานอาหาร และการควบคุมปริมาณสารอาหารในการรับประทาน ควรเน้นเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานอาหารให้ครบทุกหมวด และการควบคุมปริมาณอาหารให้ได้สารอาหารคาร์โบไฮเดรท โปรตีน และพลังงานจากอาหารที่รับประทาน ได้รับเพียงพอใน 1 วัน

2. ด้านบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารควรจัดอบรมให้บุคลากรที่มีสุขภาพ ได้เห็นความสำคัญของการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และการค้นหาปัจจัยพื้นฐานที่มีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.2 ควรจัดฝึกอบรมบุคลากรที่มีสุขภาพเกี่ยวกับเทคนิคในการส่งเสริมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ เพื่อเพิ่มทักษะของบุคลากรที่มีสุขภาพในการช่วยเหลือส่งเสริมการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคในผู้ป่วยเบาหวาน

3. ด้านการศึกษา

3.1 จัดการเรียนรู้การสอนให้นักศึกษาเข้าใจถึงมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน และการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3.2 ฝึกทักษะการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลตนเอง

3.3 ส่งเสริมให้นักศึกษามีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยคำนึงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ

4. ด้านการวิจัย

4.1 การศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานใน 1 สัปดาห์ ควรประเมินจากการบันทึกภายหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง แทนการประเมินจากการให้ผู้ป่วยทบทวนจากความจำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงความจริงมากที่สุด

4.2 เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ควรปรับปรุงในเรื่องภาษาให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายขึ้น เพื่อผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำสามารถเข้าใจได้ด้วยตนเอง

4.3 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานกับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

4.4 ศึกษาผลของการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษา กระบวนการช่วยเหลือของกลุ่ม การสอนโดยใช้กระบวนการ

การแก้ปัญหา ฯลฯ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ตามทฤษฎีการพยาบาลของ
โอเรม

4.6 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองต่อภาวะสุขภาพ
ของผู้ป่วยเรื้อรัง



บรรณานุกรม

จิตร สิกขอมร. "ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน." แพทยสภาสาร. 15(ตุลาคม 2529)
: 481-488.

คัมภีร์ มัลลิกะมาส. "โรคของนักบริหาร โรคเบาหวาน-โรคไขมันท่วม." วารสารสุขภาพ.
7(กรกฎาคม 2522) : 73-97.

ชูจิตร เปล่งวิทยา. "อาหารผู้ป่วยเบาหวาน." อายุรศาสตร์. 1(ธันวาคม-กุมภาพันธ์ 2531)
: 45-53.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทำปกเจริญผล,
2525.

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา. นครปฐม : ศูนย์ศึกษาโอบาย
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

บุญลือ วันทายนต์. ครอบครัวและวงศาวาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง, 2522.

ประคอง กระณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์(ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ
: บริษัท ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า จำกัด, 2529.

ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์. อุปสงค์ต่อบริการทางแพทย์. รายงานวิจัยคณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.

ปานัน บุญหลง. โภชนาการ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดมาร์เก็ตติ้งมีเดีย, 2523.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ. การดูแลตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม.

กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แสงแดด จำกัด, 2530.

เพลินนิศ เลาหะวิริยะกมล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค. หน้าที่ 9-15

กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดหนึ่งเจ็ดการพิมพ์, 2526.

สุพิน จันทระคะ. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ. ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น.

หน้า 122. พรศรี ศรีธัญญาพร และสุวิทย์ วัฒนานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

รัตน มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแล
ตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสถาบันศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

สนอง อุณากร. "โรคเบาหวานกับสายตาของท่าน." วารสารเบาหวาน. 11(มกราคม-
กุมภาพันธ์ 2522) : 23-33.

สุรัตน์ โคมินทร์. "อาหารเบาหวานในปัจจุบัน." อาชีวศาสตร์. 1(กรกฎาคม-พฤศจิกายน
2528) : 151-158.

_____. "อุบัติการณ์และความสัมพันธ์ของโรคเบาหวาน." ใน โภชนศาสตร์ประยุกต์.

หน้า 165-171. สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัท
ประยูรวงศ์ จำกัด, 2529.

สุขสวัสดิ์ บำเพ็ญสุวรรณ. "เบาหวาน-มังจรัสเงียบ." วารสารเบาหวาน. 18(มีนาคม-
เมษายน 2529) : 37-49.

สุนทร ตัณฑนันท์. "โรคเบาหวาน (ตอนที่ 2)." คลินิก. 4(เมษายน 2531) : 269-274.

สุนทร ตัณฑนันท์ และวลัย อินทรมพรรย์. คู่มือโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : ศุภานิชการพิมพ์,
2532.

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. หลักโภชนาการปัจจุบัน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว,
2520.

สนธยา พิษกุล. ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความพึงพอใจในผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสถาบันศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

รุจิรา สัมมะสุด. "การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน." ใน โภชนศาสตร์ประยุกต์.

หน้า 179-189. สมใจ วิชัยดิษฐ์ และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ :

บริษัทประจักษ์จำกัฏ, 2529.

วลัย อินทรมพรรย์. โภชนาการกับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร :

ศูนย์การพิมพ์, 2528.

_____. "โภชนาการกับการควบคุมอาหาร." วารสารเบาหวาน. 18(กันยายน-ตุลาคม 2529) : 12-19.

_____. "โภชนาการกับการควบคุมอาหาร." วารสารเบาหวาน. 20(มกราคม-ธันวาคม 2531) : 15-18.

วิลลา ตันตโยทัย. การศึกษาติดตามความรู้เรื่องโรคและภาวะควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ หลังจากได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาศุรศาสตร์ฝลยศาสตร์.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

วรรณี นิธิยานนท์ และคนอื่นๆ. Diabetes in Practice. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :

บริษัท มหานครออฟเซตเพรส จำกัด, 2531.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :

ไทสวัฒนาพานิช, 2526.

สมจิต หนูเจริญกุล. "ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม." กรุงเทพมหานคร : ภาควิชา-

พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

(คอมพิวเตอร)

อภิชาติ วิษณุวัฒน์ และคณะ. Endocrinology ทางอาศุรศาสตร์ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์

เรือนแก้วการพิมพ์, 2527.

อมรา จันทราภานนท์. โภชนศาสตร์และโภชนบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :

ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์พิทสา, 2512.

- Abram, H.S. "The Psychiatrist the Treatment of Chronic Renal Failure and the Prolongation of Life II." American Journal of Psychiatry. 126(June 1969) : 160.
- Armstrong, Nell. "Coping with Diabetes Mellitus." Nursing Clinics of North America. 22(September 1987) : 559-568.
- Backsheider, Joan E. "Self-Care Requisites Self-care Capabilities and Nursing Systems in the Diabetic Nurse Management Clinic." American Journal of Public Health. 64(December 1974) : 1138-1146.
- Beigelman, P.M. and Kumar, Dinesh. Diabetes Mellitus for the Home Officer. Baltimore : Williams & Willkins, 1986.
- Bohachick, P. and Anton, B.B. "Poychosocial Adjustment of Patient and Spouses to Severe Cardiomyopathy." Research in Nursing and Health. 13(December 1990) : 385-392.
- Burtis, Grace, et al. Applied Nutrition and Diet Therapy. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1988.
- Cassmeyer, V.L. "Intervention for Person with Diabetes Mellitus and Hypoglycemia. In Medical-Surgical Nursing : Concepts and Clinical Practice. P. 601-641 Edited by Phipps, et al. St. Louis, Missouri : The C.V. Mosby Company, 1987.
- Chavez, N., Coulston, A.M. And Foerster, S.B. "Nutrition : Its Relationship to Preventive Health Care for Older Adults." Family & Community Heath. 11(November 1988) : 9-22.
- David, S.G. "Social Support, Social Net Works and Health Behaviors." Health Behavior. Ohio : 1988.

- Jubiz, William. Endocrinology : A Logical Approach for Clinicians.
Tokyo : McGraw-Hill Kogakusha, Ltd., 1979.
- Kasl, S.V. and Cobb, S. "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior." Archives Environment Health. 12(February 1966) : 250-257.
- Lundman, B., et al. "Living with Diabetes : Perception of Well-Being." Research in Nursing and Health. 13(August 1990) : 255-262.
- Lundh, Ulla, et al. "Nursing Theories : A Critical View." Image : Journal of Nursing Scholarship. 20(Spring 1988) : 36-70.
- Miller, J.F. "Categories of Self-Care Needs of Ambulatory Patients with Diabetic." Journal of Advanced Nursing. 7(1982) : 25-31.
- Milliken, M.E. Essential Competencies for Patient Care. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1985.
- Nuttall, F.Q. "Diet and the Diabetic Patient." Diabetes Care. 6(March-April 1983) : 197-207.
- Orem, D.E. and Taylor, S. "Orem's General Theory at Nursing." In Case Study in Nursing Theory. P. 37-71. Edited by Winstead-Fry, P. New York : National League for Nursing, 1986.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. New York : McGraw-Hill, 1971.
- . Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York : McGraw-Hill, 1985.
- . Nursing Concepts of Practice. St. Louis : Mosby-Year Book, Inc., 1991.
- Parse, R. Major Paradigms, Theories and Critiques. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1987.

- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange, 1982.
- Position Statement. "Nutritional Recommendations and Principles for Individuals with Diabetes Mellitus." Diabetes Care 13(January 1990) : 18-27.
- Rost, K.M., et al. "Self-Care Predictors of Metabolic Control in NIDDM Patients." Diabetes Care. 13(November 1990) : 1111-1113.
- Schneider, H.A., et al. Nutritional Support of Medical Practice. 2nd ed. Philadelphia : Harper & Row, Publishers Inc., 1983.
- Suitor, C.W. and Hunter, M.F. Nutrition : Principles and Application in Health Promotion. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1980.
- Taylor, K.B. and Anthony, L.E. Clinical Nutrition. New York : McGraw-Hill Book Company, 1983.
- Weaver, M.T. "Perceived Self-Care Agency : A Lisrel Factor Analysis of Bickel and Hanson's Questionnaire." Nursing-Research. 36(November-December 1987) : 381-387.
- West, K.M. "Diet Therapy of Diabetes : An Analysis of Failure." Annals of Internal Medicine. 79(September 1973) : 425-434.
- Whelan, E.G. "Analysis and Application of Dorothea Orem's Self-Care Practice Model." Journal of Nursing Education. 23(October 1984) : 342-345.
- Whetstone, W.R. & Olow Hansson, Anne-Marie. "Perceptions of Self-Care in Sweden : A Cross-Cultural Replication." Journal of Advanced Nursing. 14(November 1989) : 962-969.

Woods, Nancy. "Conceptualizations of Self-Care : Toward Health-Oriented Models." Advances in Nursing Science. 12(October 1989) : 1-13.





Copyright by Mahidol University



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

1. รองศาสตราจารย์ ฟาริดา อิบราฮิม

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระบืออบ

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์การดูแลตนเอง
เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน และรหัสคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิมา กุสุมา ณ อรุณยา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประครอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลลา ดันตโยทัย
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรัตน์ โคมินทร์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันวิจัยโภชนาการ
มหาวิทยาลัยมหิดล
9. อาจารย์ รุจิรา สัมมะสุต
แผนกโภชนาการ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
10. อาจารย์ ศรีสมัย วิบูลยานนท์
หน่วยโภชนาบำบัดและโภชนศึกษา แผนกอาหาร โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบสอบถามเลขที่ [] [] []

โรงพยาบาล.....

เลขที่ทั่วไป.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามจะถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึง การกระทำทุกอย่าง
อย่าง ที่จะส่งเสริมให้ท่านมีการดูแลตนเองที่ดี เพื่อการดำรงชีวิต สุขภาพและความ
ผาสุก ในชีวิตของท่าน ได้แก่ การดูแลในการกระทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
การตอบแบบสอบถาม ให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของ
ท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ ความหมายของข้อความที่เลือกตอบมีดังนี้

ตรงมากที่สุด หมายถึง การกระทำดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงของท่าน
มากที่สุด

ตรงปานกลาง หมายถึง การกระทำดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงของท่าน
ปานกลาง

ตรงเพียงเล็กน้อย หมายถึง การกระทำดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงของท่าน
เพียงเล็กน้อย

ไม่ตรงเล็กน้อย หมายถึง การกระทำดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน
เล็กน้อย

ไม่ตรงปานกลาง หมายถึง การกระทำดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน
ปานกลาง

ไม่ตรงมากที่สุด หมายถึง การกระทำดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน
มากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เพียง เล็กน้อย	ไม่ตรง เล็ก น้อย	ไม่ตรง ปาน กลาง	ไม่ตรง มาก ที่สุด
ฉันจะปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือ พยาบาลอย่างเคร่งครัด		✓				

อธิบาย ฉันจะปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือพยาบาลอย่างเคร่งครัด ปานกลาง

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เพียง เล็กน้อย	ไม่ตรง เล็ก น้อย	ไม่ตรง ปาน กลาง	ไม่ตรง มาก ที่สุด
1. ข้อต่อส่วนต่างๆ เช่น ข้อแขน ข้อขา ของ ร่างกายของฉันเคลื่อนไหว และยืดหยุ่นได้ดี พอที่ฉันสามารถดูแลตนเองได้						
2. ฉันจะใช้ข้อมูลต่างๆด้านสุขภาพ เพื่อหาวิธี การแก้ปัญหาในการดูแลตัวฉันเอง						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
40. เมื่อฉันเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการดูแล ตนเองแล้ว ฉันจะคอยตรวจสอบดูว่าวิธีที่ เลือกได้ผลดีหรือไม่						

แบบสอบถามเลขที่ [] [] []

โรงพยาบาล.....

เลขที่ทั่วไป.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกปัจจัยเบื้องต้น

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง หรือเติมคำ
ลงในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ..... ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน

() มีประถมศึกษาหรืออาชีวศึกษา

() ประถมศึกษา

() อุดมศึกษาหรือสูงกว่า

5. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() รับจ้าง

() ค้าขาย

() เกษตรกร

() กรรมกร

() รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

() อื่นๆ (ระบุ).....

6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

7. ชนิดของโรคเบาหวาน

() เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน

() เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย..... ปี

ข้อมูลอื่นๆ

1. วิธีการรักษาที่ได้รับ

() ฉีดยา

() ยาเม็ด

() ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด

2. ระดับน้ำตาลในเลือด (ครั้งสุดท้าย)..... มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

3. น้ำหนักตัว..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง สำหรับผู้สัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วย
2. ผู้สัมภาษณ์ทบทวนข้อคำถามต่างๆ ในแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจก่อนนำไปสัมภาษณ์
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ และเน้นให้ผู้ป่วยตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด และผู้สัมภาษณ์จะเก็บคำตอบที่ได้รับไว้เป็นความลับส่วนบุคคล
4. ในการสัมภาษณ์ การหาปริมาณอาหารในการรับประทานโดยเฉลี่ยต่อวัน ให้ผู้สัมภาษณ์ใช้ภาพถ่ายปริมาณอาหาร 1 ส่วนในแต่ละหมวดของรายการแลกเปลี่ยนอาหาร หรือรายการแลกเปลี่ยนอาหารเอง เป็นแนวทางในการซักถามผู้ป่วย กรณีซักถามอาหารหมวดนม หมวดผลไม้และหมวดอื่นๆ เช่น ขนมหวาน เครื่องดื่ม ให้ซักถามปริมาณที่รับประทานทั้งหมดใน 1 สัปดาห์
5. การบันทึก ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ซึ่งอยู่ข้างหน้าตัวเลือกของแต่ละข้อคำถาม ตามที่ผู้ป่วยตอบ หรือเติมค่าลงในช่องว่าง

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

1. ท่านรับประทานอาหารวันละกี่มื้อ

- () 1 มื้อ
- () 2 มื้อ
- () 3 มื้อ
- () มากกว่า 3 มื้อ คือ (ระบุ)..... มื้อ
- () อื่นๆ (ระบุ).....

2. ท่านรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ วันละกี่มื้อ

- () 1 มื้อ
- () 2 มื้อ
- () มากกว่า 2 มื้อ คือ (ระบุ)..... มื้อ
- () ไม่มี
- () อื่นๆ (ระบุ).....

27. ท่านจะควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัด ตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือนักโภชนาการอย่างไร

- () ควบคุมเป็นประจำสม่ำเสมอทุกมื้ออาหาร
- () ควบคุมเป็นบางมื้อ
- () ควบคุมนานๆ ครั้ง
- () ไม่ควบคุมตนเองเลย
- () อื่นๆ (ระบุ).....



รหัสคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

I การเลือกรับประทานอาหาร	คะแนนการปฏิบัติตัว
4. อาหารประเภทผักที่ท่านรับประทาน ส่วนใหญ่เป็นผักอะไร - ผักประเภท ก. 3 - ผักประเภท ก. > ผักประเภท ข. 2 - ผักประเภท ข. > ผักประเภท ก. 1 - ผักประเภท ข., ไม่รับประทานเลย 0 หมายเหตุ จัดชนิดผักที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ในผัก ประเภท ก. หรือ ข. ตามรายการแลกเปลี่ยน อาหาร ก่อนคิดคะแนนการปฏิบัติตัว	
IV การควบคุมปริมาณอาหารในการรับประทาน 33. ปริมาณของเครื่องดื่มน้ำตาลที่รับประทาน - ปริมาณที่ดื่มทำให้เกิดพลังงานไม่เกิน 6% ของพลังงาน จริงที่ได้รับใน 1 วัน หรือไม่ดื่มเลย 3 - ปริมาณที่ดื่มทำให้เกิดพลังงานประมาณ 7-13% ของ พลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน 2 - ปริมาณที่ดื่มทำให้เกิดพลังงานประมาณ 14-20% ของ พลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน 1 - ปริมาณที่ดื่มทำให้เกิดพลังงานมากกว่า 21% ของ พลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน 0	



รายการอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
(วลัย อินทรมพรรย์ 2528; ศรีสมร คงพันธ์ 2532)

1. หมวดน้ำมัน ปริมาณ 1 ส่วน มีโปรตีน 8 กรัม ไขมัน 10 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม
ให้พลังงาน 170 แคลอรี

ชนิดน้ำมัน	ปริมาณ 1 ส่วน
นมสด	1 ถ้วยตวง
นมสดระเหยหรือนมข้นไม่หวาน	1/2 ถ้วยตวง
โยเกิร์ต (มีไขมัน 3% ไม่เติมรสผลไม้)	1 ถ้วยตวง
โยเกิร์ต (มีไขมัน 1.9% ไม่เติมรสผลไม้)	1 ถ้วยตวง
นมผง	1/4 ถ้วยตวง

2. หมวดผัก มี 2 ประเภท

- 2.1 ผักประเภท ก. ในหมวดนี้มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตน้อย ผู้ป่วยกินได้ไม่จำกัด ได้แก่

ผักกาดขาว	ใบดั่งโอ๊	กะหล่ำปลี	บวบ
ผักกาดหอม	ใบคื่นช่าย	ผักกาดขาวปลี	น้ำเต้า
ผักบุ้งไทย	ยอดผักทอง	ผักโขม	ผักชีลาว
ผักบุ้งจีน	แตงกวา	หัวปลี	มะระขี้นก
ผักกวาดัง	แตงร้าน	ผักแพว	มะเขือขาว
ผักตำลึง	แตงโมอ่อน	สาหร่าย	มะเขือเปราะ
ผักคะน้า	หัวผักกาดขาว	มะเขือเทศ	มะละกอดิบ
ดอกหอม	ต้นหอม	พริกหนุ่ม	

หมายเหตุ ถ้ารับประทานผักประเภท ก. ปริมาณ 1 ถ้วยตวง ให้คิดสารอาหารและพลังงาน
เท่ากับผักประเภท ข. 1/2 ถ้วยตวง

- 2.2 ผักประเภท ข. ในหมวดนี้ 1 ส่วนเท่ากับ 1/2 ถ้วยตวง มีโปรตีน 2 กรัม

คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม ให้พลังงาน 28 แคลอรี ได้แก่

ดอกกุยช่าย	ผักทอง	ชะอม	ผักหวาน
ดอกขี้เหล็ก	แครอท	สะเดา	ยอดแค
ดอกขจร	สะตอ	เห็ดหูหนู	พริกหวาน
ดอกโสน	หัวผักกาดเค็ม	เห็ดบัว	พริกหวาน
ดอกกะหล่ำ	ใบขี้เหล็ก	เห็ดโคน	พริกไทยอ่อน
ดอกคะน้า	ใบชะพลู	หอมใหญ่	ถั่วงอก
แขนงกะหล่ำ	ใบชะมวง	ลูกเนียง	ถั่วงอกหัวโต
หน่อไม้ไผ่แดง	ใบมันเทศ	ขนุนอ่อน	ถั้วดินเตา
หน่อไม้ฝรั่ง	ใบบวบ	ผักต้ว	ถั้วผักขาว
มะเขือไข่เต่า	ใบทองหลาง	ยอดกระถิน	ถั้วแขก
ผักกระเฉด	ใบขมิ้น	ยอดมะขามอ่อน	ข้าวโพด
	มะรุม		มันแกว

3. หมวดผลไม้ ปริมาณ 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 10 กรัม ให้พลังงาน 40 แคลอรี

ชนิดของผลไม้	น้ำหนัก (กรัม)	ปริมาณ 1 ส่วน
กล้วยหอม	50	1/2 ผล
กล้วยไข่หรือกล้วยน้ำว้า	50	1 ผล
แตงโม	140	10 ชิ้นขนาดคำ
สับปะรด	70	6 ชิ้นขนาดคำ
มะละกอสุก	80	6 ชิ้นขนาดคำ หรือ 1 ชิ้นใหญ่
ส้มเกลี้ยง	100	1 ผล
ส้มเขียวหวาน	100	1 ผลขนาดกลาง
มะม่วงดิบ	70	1/2 ผล
มะม่วงอ่อนหรือสุก	65	1/2 ผล
เงาะ	60	3 ผลใหญ่ หรือ 5 ผลเล็ก

ชนิดของผลไม้	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ 1 ส่วน
มังคุด	40	2 ผลใหญ่
องุ่น	50	8-10 ผล
ชมพู่	70	2 ผล
ฝรั่งเวียดนาม	40	1/8 ผลใหญ่
ละมุด	50	1 ผลใหญ่
ทุเรียน	25	1 เม็ดกลาง
ส้มโอ	55	1 ชิ้น
แอปเปิล	80	1 ผลเล็ก
พุทรา (ผลขาว)	50	2 ผล
ลูกตาลอ่อน	100	2 ผล
กระท้อน	100	1 ผล
ขนุน	40	2 ชิ้นใหญ่
แตงไทย	220	1 ชิ้น
น้อยหน่า	35	1 ผลกลาง
ลำไย	65	10-15 ผล
ลำไย	60	11-12 ผล
ลูกเกด	15	2 ชิ้นโต
ลูกพรุน	-	2 ผล
ลิ้นจี่	60	5 ผล
อินทผลัม	-	2 ผล
เนื้อมะพร้าวอ่อน	140	1/2 ถ้วยตวง
น้ำมะพร้าวอ่อน	-	1/2 ถ้วยตวง
น้ำส้มคั้น	110	1/2 ถ้วยตวง
น้ำสับปะรด	-	1/3 ถ้วยตวง
น้ำมะนาว	165	1/2 ถ้วยตวง

4. หมวดวัตถุดิบ ในหมวดนี้ 1 ส่วนมีโปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ไขมัน 68 แคลอรี

วัตถุดิบ	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ
ข้าวสุก	65	1/2 ถ้วยตวง (1 ถ้วย)
ข้าวเหนียว	-	1/2 ถ้วยตวง
ข้าวต้ม	-	3/4 ถ้วยตวง
ขนมจีน	-	1/2 ถ้วยตวง (3 จับเล็ก)
กล้วยเคี้ยว	65	1/2 ถ้วยตวง
มะพร้าวสุก	70	1/2 ถ้วยตวง
วุ้นเส้นสุก	80	1/2 ถ้วยตวง
ผักโรตีสูก	65	1/2 ถ้วยตวง
ขนมปัง(ขนาด 3 1/2" X 3 1/2")	25	1 แผ่นใหญ่
ขนมปังกรอบ หรือแครกเกอร์ (ขนาด 2 1/2")	20	2 แผ่น
ถั่วเขียวสุก	65	1/2 ถ้วยตวง
ถั่วแดง ถั่วดำสุก	65	1/2 ถ้วยตวง
ข้าวโพดต้ม	-	1/3 ถ้วยตวง
ข้าวโพด	-	1 ฝักเล็ก
สาหร่าย	-	3/4 ถ้วยตวง
ข้าวโพดคั่ว	-	1 ถ้วยตวง
ข้าวเม่า	-	3/4 ถ้วยตวง
เมล็ดถั่วลิสงเตา	100	1/2 ถ้วยตวง
มันเทศสุก, เผือก	50	1/4 ถ้วยตวง
มันฝรั่งสุก	100	1 หัว

วัตถุดิบ	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ
แป้งชนิดต่างๆ	20	2 1/2 ช้อนโต๊ะ
ขนมปังแยมเบอร์เกอร์	-	1/2 อัน
ขนมปังป่น	-	3 ช้อนโต๊ะ
ไอศกรีม (ไม่มีไขมันทำจากนมขาดมันเนย)	-	1/4 ถ้วย
ขนมไข่ (ขนาด 1 1/2")	25	1 อัน
5. หมวดเนื้อสัตว์ แบ่งเป็น		
5.1 เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน (เป็นเนื้อสัตว์ที่ได้ตัดเอาส่วนไขมันออกหมด) ปริมาณ 1 ส่วน มี		
โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม ให้พลังงาน 55 แคลอรี		
เนื้อสัตว์(สุก)	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ 1 ส่วน
เนื้อวัวไม่ติดมัน(ชิ้น)	30	2 ช้อนโต๊ะ
เนื้อไก่หรือเป็ดไม่ติดมันและหนัง	30	2 ช้อนโต๊ะ
น่องไก่	30	1 อัน
เนื้อปลา(ขนาด 1 x 1 นิ้ว)	30	4 ชิ้น
ปลาทู (ขนาดกลาง)	30	1 ตัว
เนื้อปู	45	1/4 ถ้วยตวง
แฮมไม่ติดมัน (4 1/2 x 1/8 นิ้ว)	30	1 ชิ้น
หอยนางรม (ขนาดกลาง)	45	5 ตัว
หอยแครง	-	5 ตัวขนาดเล็ก
หอยแมลงภู่	-	18 ตัวขนาดเล็ก
กุ้งชีแฮ้ (ขนาดกลาง)	45	10-15 ตัว
เต้าหู้เหลือง	60	2/3 อัน
เต้าหู้ขาว	100	1/2 ถ้วยตวง
ปลากระป๋อง (ไม่มีน้ำมัน)	30	3 ตัวขนาดกลาง

5.2 เนื้อสัตว์มีไขมันปานกลาง ปริมาณ 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน

73 แคลอรี

เนื้อสัตว์(สุก)	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ 1 ส่วน
เนื้อหมู(สัน)	30	2 ช้อนโต๊ะ
เนื้อวัวบด	30	2 ช้อนโต๊ะ
ลูกชิ้น	45	6 ลูกขนาดกลาง
เครื่องในสัตว์	30	2 ช้อนโต๊ะ
ไข่เป็ด ไข่ไก่	50	1 ฟอง
ปีกไก่	30	1 ปีกใหญ่
คottage cheese (Cottage cheese)	45	1/4 ถ้วยตวง

5.3 เนื้อสัตว์มีไขมันมาก ปริมาณ 1 ส่วน มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 8 กรัม ให้พลังงาน

100 แคลอรี

เนื้อสัตว์(สุก)	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ 1 ส่วน
เนื้อหมูบด	30	2 ช้อนโต๊ะ
เนื้อวัวบด (แฮมเบอร์เกอร์)	30	2 ช้อนโต๊ะ
ชีสครีม (เฉพาะส่วนเนื้อ-มัน)	30	-
แฮมติดมัน	30	1 แผ่น
เป็ด ไก่ ห่าน	30	2 ช้อนโต๊ะ
ไส้กรอก ฮาว 3 นิ้ว	30	1 อัน
เนยแข็ง (Cheddar cheese)	30	1 แผ่น
ไส้กรอกฝรั่ง	50	4 อัน

6. ไขมัน ปริมาณ 1 ส่วน มีไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 45 แคลอรี

ไขมัน	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ 1 ส่วน
เนยและเนยเทียม	5	1 ช้อนชา
น้ำมันหมู	5	1 ช้อนชา
น้ำมันพืชทุกชนิด	5	1 ช้อนชา

ไขมัน	น้ำหนัก(กรัม)	ปริมาณ 1 ส่วน
ถั่วลิสงต้ม	10	10 เมล็ด
ลูกนัท	10	6 เมล็ดเล็ก
เบคอน (กรอบ)	10	1 ชิ้นเล็ก
ครีมชีส (Cream cheese)	15	1 ช้อนโต๊ะ
น้ำสลัดชนิดข้น	5	1 ช้อนชา
น้ำสลัดชนิดใส (French or Italian dressing)	15	1 ช้อนโต๊ะ
น้ำสลัด (Thousand Island)	10	2 ช้อนชา
หัวกะทิสด	15	1 ช้อนโต๊ะ
หมายเหตุ - อาหารผัดผักลักษณะผัดจืดขนาด 1 คนรับประทานเท่ากับรับประทานไขมันประมาณ 1 ช้อนชา		
- อาหารผัดผักลักษณะผัดเผ็ดขนาด 1 คนรับประทานเท่ากับรับประทานไขมันประมาณ 3 ช้อนชา		
- อาหารแกงกะทิขนาด 1 ถ้วยตวงเท่ากับรับประทานหัวกะทิสดประมาณ 1 ช้อนโต๊ะ		
- อาหารแกงกะทิประเภทพะแนงขนาด 1 คนรับประทานเท่ากับรับประทานหัวกะทิสดประมาณ 3 ช้อนโต๊ะ		
- รับประทานลาบหน้าขนาด 1 คนรับประทานเท่ากับรับประทานไขมันประมาณ 4 ช้อนชา		
- รับประทานผัดขี้ฉี่ ผัดไทย ผัดหอยทอด เท่ากับรับประทานไขมันประมาณ 5 ช้อนชา		
- อาหารประเภททอด เช่น ไข่เจียว หมูทอด ขนาด 1 ส่วน เท่ากับรับประทานไขมันประมาณ 3 ช้อนชา		

รายการอาหารอื่นๆ

รายการอาหาร	ปริมาณที่รับประทาน หรือดื่ม	น้ำหนัก (กรัม)	คาร์โบ (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
ขนมหวาน						
กล้วยไข่เชื่อม	1 จานเล็ก-2 ผล	100	43.9	0.9	0.1	177
มันเทศเชื่อม	1 จานเล็ก	90	42.3	1.2	0.2	167
เผือกเชื่อม	1 จานเล็ก	90	54.2	0.7	0.6	220
กล้วยต้มจิ้มมะพร้าว	1 จานเล็ก-2 ผล	100	47.0	1.4	3.4	180
ฟักทองนึ่งโรยมะพร้าว	1 จานเล็ก	100	41.4	1.7	7.4	188
ข้าวโพดคั่ว	1 จานเล็ก	80	34.4	3.3	4.7	156
ลอดช่องน้ำกะทิ	1 ชามแก้วเล็ก	100	24.5	1.4	5.1	116
แมงลัก น้ำกะทิ	1 ชามแก้วเล็ก	120	16.4	0.7	5.0	112
เผือก น้ำกะทิ	1 ชามแก้วเล็ก	100	27.9	1.5	5.1	162
ข้าวตอก น้ำกะทิ	1 ชามแก้วเล็ก	75	16.4	0.7	5.0	112
ข้าวเม่าน้ำกะทิ	1 ชามแก้วเล็ก	75	16.4	0.7	5.0	112
ข้าวเหนียวดำ น้ำกะทิ	1 ชามแก้วเล็ก	120	60.3	5.7	6.9	325
บัวลอย	1 ชามแก้วเล็ก	110	40.9	2.2	5.5	223
สาหร่ายบัวลอย	1 ชามแก้วเล็ก	110	27.8	0.6	4.9	162
ฟักทองแกงบวด	1 ชามแก้วเล็ก	100	32.3	1.4	3.7	165
มันแกงบวด	1 ชามแก้วเล็ก	100	36.8	1.2	3.6	184
กล้วยบวชชี	1 ชามแก้วเล็ก	100	31.3	0.9	2.6	152
	(กล้วย 5 ชิ้น)					
ข้าวเหนียวดำเปียก	1 ชามแก้วเล็ก	100	40.8	2.0	3.8	205

รายการอาหาร	ปริมาณที่รับประทาน หรือดื่ม	น้ำหนัก (กรัม)	คาร์โบ (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
เผือก มะพร้าวแปะอก	1 ชามแก้วเล็ก	130	43.1	0.9	5.2	199
เต้าส่วน	1 ชามแก้วเล็ก	130	9.6	17.0	3.3	215
ขนม น้ำดอกไม้	1 จานเล็ก-9 ชิ้น	63	31.4	1.6	6.5	190
ขนมเหนียว (รวมน้ำเชื่อม ลาดหน้า)	1 จานเล็ก	120	54.7	3.6	9.1	314
ขนมต้มแดง	1 จานเล็ก	100	46.3	2.1	5.2	197
เจาก๊วย	1 ชามแก้วเล็ก	100	22.5	-	-	90
ขนมต้มขาว	1 จานเล็ก-12 ลูก	100	79.0	5.2	7.3	352
ขนมแปะอก	1 จานเล็ก	20	28.3	0.7	1.3	128
ขนมแปะอกปูนขาว	1 จานเล็ก	86	42.4	2.0	0.2	179
ขนมแปะอกปูน	1 จานเล็ก	90	46.6	1.6	3.6	195
ขนมเล็บมือนาง	1 จานเล็ก	100	35.4	1.4	4.2	275
ขนมถั่วแปบ	1 จานเล็ก-3 ตัว	100	44.4	8.1	15.4	432
ขนมกล้วย	1 ชิ้น-2"x2"	65	13.4	1.4	11.8	57
กล้วยฉาบ	1 จานเล็ก-7 ชิ้น	35	32.0	0.4	7.7	200
มันรังก	1 จานเล็ก-2 ก้อน	30	17.5	0.7	2.5	95
มันทอด	1 จานเล็ก-2 ชิ้น	88	42.3	2.9	13.4	248
กล้วยแขก	1 จานเล็ก-5 ชิ้น	95	43.5	2.9	14.3	252
ข้าวเม่าทอด	1 จานเล็ก-2 ใบ	106	56.4	3.4	28.9	418
ขนมฝักบัว	1 จานเล็ก-2 ชิ้น	34	17.9	0.9	7.0	140
ไข่หงษ์	1 จานเล็ก-3 ใบ	51	24.2	3.0	7.1	174
ไข่กระทะ	1 จานเล็ก-11 ใบ	40	32.8	0.9	6.3	191

รายการอาหาร	ปริมาณที่รับประทาน หรือดื่ม	น้ำหนัก (กรัม)	คาร์โบ (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
ถั่วทอด	1 จานเล็ก-2 อัน	30	12.1	5.1	8.1	163
ขนมทอง	1 จานเล็ก-8 วง	40	26.7	1.5	9.2	165
ครองแครงกรอบเค็ม	1 จานเล็ก-22 ตัว	90	55.1	6.1	8.0	425
ขนมเกล็ดงา	1 จานเล็ก-11 ตัว	42	6.9	2.3	0.3	276
ส้มปะนี	1 จานเล็ก-10 ชิ้น	70	51.6	2.0	17.7	210
ขนมสาละ	1 ชิ้น-2"x2"	38	22.0	3.3	1.8	116
ทองม้วน	9 ชิ้น-4"	45	42.2	5.6	14.5	320
สาละกรอบ	1 ชิ้น-2"x2"	60	28.7	3.8	10.0	138
ขนมบัวป็น	1 ชิ้น-2"x2"	54	32.6	1.4	7.9	130
ขนมผิง	1 จานเล็ก-27 ก้อนเล็ก	43	31.5	0.9	3.6	128
ขนมหน้าตาล	1 จานเล็ก-4 ชิ้น	22	12.9	2.0	3.1	87
ขนมกลีบลำดวน	1 จานเล็ก-5 ชิ้น	25	17.0	1.4	4.8	115
ทองหยิบ	1 จานเล็ก-2 ดอก	35	27.5	4.8	0.2	210
ฝอยทอง	1 จานเล็ก-1 แห	25	17.1	3.8	7.3	146
เม็ดขนุน	1 จานเล็ก-5 เม็ด	40	29.7	4.5	12.3	174
สังขยา	1 ชิ้น-2"x2"	70	28.0	4.3	8.5	204
สังขยาฝักทอง	1 ชิ้น-2"x2"	82	44.9	5.4	0.8	288
สังขยาเผือก	1 ชิ้น-2"x2"	80	31.9	4.5	8.6	222
สังขยาขนุน	1 ชิ้น-2"x2"	82	39.8	5.1	8.5	256
ขนมหม้อแกงถั่ว	1 ชิ้น-2"x2"	60	21.3	4.5	8.6	179
ขนมหม้อแกงเผือก	1 ชิ้น-2"x2"	60	30.9	3.5	8.6	174

รายการอาหาร	ปริมาณที่รับประทาน หรือดื่ม	น้ำหนัก (กรัม)	คาร์โบ (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
ข้าวเหนียวมูลกะทิ	1 จานเล็ก	90	85.7	3.2	4.8	197
ข้าวเหนียวหน้าสังขยา	1 จานเล็ก	90	66.7	3.9	6.6	223
ข้าวเหนียวหน้ากุ้ง	1 จานเล็ก	85	10.9	4.8	7.3	179
ข้าวเหนียวหน้ากระฉีก	1 จานเล็ก	85	39.1	3.3	6.6	202
น้ำตาล						
น้ำตาลก้อน	2 ก้อน	6	5	-	-	20
น้ำตาลทราย	1 ช้อนชา	5	5	-	-	20
น้ำผึ้ง	1 ช้อนชา	5	4	0.01	0.01	15
น้ำตาลมะพร้าว	1 ช้อนชา	5	5	-	0.02	19
เกลือและแอมมोनีนิดต่างๆ	1 ช้อนชา	5	4	-	-	14
ไอศกรีม						
ไอศกรีม, ชรรมดา	2 ก้อน	100	23.8	-	3.5	140
ไอศกรีม, มัน	2 ก้อน	100	21.8	-	8.5	176
เครื่องดื่ม						
น้ำอัดลม	100 ซี.ซี.	100	10.0	-	-	39
น้ำอัดลมโคล่า	1 ขวด	280	28.0	-	-	109
น้ำอัดลม, ทวาน	100 ซี.ซี.	100	7.8	-	-	30
เบียร์	1 ขวด	630	21.4	3.2	-	271
วิสกี้ บรันดี วอดก้า						
รัม สก๊อต และอื่น	1 ซี.ซี.		น้อยมาก			2.3
เหล้า	1 ซี.ซี.	1	น้อยมาก			1.0

รายการอาหาร	ปริมาณที่รับประทาน หรือดื่ม	น้ำหนัก (กรัม)	คาร์บ (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
ไวน์	1 ชี.ซี.	1	.0008	-	-	0.07
ไวน์ชนิดหวาน	1 ชี.ซี.	1	.01	-	-	0.11
แฉ่มเปญ	1 ชี.ซี.	1	.003	-	-	0.08

หมายเหตุ กรณีที่ไม่มีขนมหวานในรายการ จะต้องกะปริมาณส่วนประกอบและพลังงานของขนมหวานดังกล่าวรวมด้วย โดยขนมหวานประเภทกะทิ จะมีน้ำตาลประมาณ 1 ช้อนชา และกะทิ 1 ช้อนโต๊ะ ขนมหวานประเภทเชื่อมจะมีน้ำตาลประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ ยกเว้นวันเชื่อมจะมีน้ำตาลประมาณ 1 ช้อนโต๊ะ ส่วนประกอบอื่น นอกเหนือจากน้ำตาล และกะทิให้กะปริมาณตามส่วนประกอบของขนมหวาน

ตารางสรุปรายการอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน .

(วลัย อินทรมพรรษ์ 2528 : 122)

รายการอาหาร	ปริมาณ	น้ำหนัก	คาร์บ	โปรตีน	ไขมัน	พลังงาน
	(ส่วน)	(กรัม)	(กรัม)	(กรัม)	(กรัม)	(แคลอรี)
1. น้านม						
- น้านมธรรมดา	1 ถ้วยตวง	240	8	10	12	170
- น้านมเปรี้ยวธรรมดา	1 ถ้วยตวง	240	8	10	120	170
- น้านมเปรี้ยว***	1 ถ้วยตวง	240	8	5	12	125
- นมผงขาดมันเนส	1/4 ถ้วยตวง	-	8	-	12	80
2. ผัก						
- ประเภท ก**	1/2 ถ้วยตวง	100	-	-	-	-
- ประเภท ข	1 ถ้วยตวง	100	2	-	5	28
3. ผลไม้และน้ำผลไม้	1 ส่วน	แตกต่างกัน	-	-	10	40
4. ธัญพืชและขนมปัง	1 ส่วน	แตกต่างกัน	2	-	15	68
5. เนื้อสัตว์						
- ไขมันมาก	1 ส่วน	30	7	8	-	100
- ไขมันปานกลาง	1 ส่วน	30	7	5	-	73
- ไขมันน้อย	1 ส่วน	30	7	3	-	55
6. ไขมันหรือน้ำมัน	1 ส่วน	1 ช้อนชา	-	5	-	45

* จากสมาคมนักกำหนดอาหารและสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา

** ผักประเภท ก เป็นผักที่ให้พลังงานน้อย จึงมักไม่คำนวณหาคุณค่าอาหาร นอกจากจะกินมากกว่า 1 ส่วนในแต่ละมื้อ

*** นมเปรี้ยวหรือโยเกิร์ต (มีไขมัน 1.9-2% ไม่เติมรสผลไม้)

การชั่ง ตวง วัด

การชั่ง ตวง วัด ที่ใช้กันทั่วไปตามบ้าน

1 มิลลิลิตร	=	1 กรัม	1 อ่อนซ์	=	30 กรัม
1 ถ้วยตวง	=	240 กรัม	1/2 ถ้วยตวง	=	120 กรัม
1/3 ถ้วยตวง	=	80 กรัม	1/4 ถ้วยตวง	=	60 กรัม
1 ช้อนโต๊ะ	=	15 กรัม	1 ช้อนชา	=	5 กรัม
1 ถ้วยชุป	=	120 กรัม	1 แก้ว	=	240 กรัม
1 แก้วน้ำผลไม้	=	120 กรัม	1 ปอนด์	=	4 ถ้วย
1 ปอนด์	=	1 ถ้วย	1 ปอนด์ขนมเค้ก	=	5 ถ้วย

เปรียบเทียบปริมาณของวัสดุที่ใช้ในการชั่ง ตวง วัด

1 ช้อนโต๊ะ	=	3 ช้อนชา
4 ช้อนโต๊ะ	=	1/4 ถ้วยตวง
8 ช้อนโต๊ะ	=	1/2 ถ้วยตวง
16 ช้อนโต๊ะ	=	1 ถ้วยตวง
2 ถ้วยตวง	=	1 ปอนด์หรือ 16 อ่อนซ์
1 ถ้วย (ขนาดเล็กน้อย)	=	1/2 ถ้วยตวง (ตวงของแห้ง)



การคำนวณหาสารอาหารและพลังงานจากอาหารที่รับประทาน

1. จัดประเภทของน้ำหนักผู้ปวส โดยคำนวณจาก

ดัชนีมวลกายของร่างกาย = $\frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$

- ชาย :- น้ำหนักปกติ เมื่อดัชนีมวลกายของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ 20-27 กิโลกรัม/ตารางเมตร
- น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติหรือผอม เมื่อดัชนีมวลกายของร่างกายน้อยกว่า 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร
 - น้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน เมื่อดัชนีมวลกายของร่างกายมากกว่า 27 กิโลกรัม/ตารางเมตร
- หญิง :- น้ำหนักปกติ เมื่อดัชนีมวลกายของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ 20-24 กิโลกรัม/ตารางเมตร
- น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติหรือผอม เมื่อดัชนีมวลกายของร่างกายน้อยกว่า 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร
 - น้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน เมื่อดัชนีมวลกายของร่างกายมากกว่า 24 กิโลกรัม/ตารางเมตร

2. คำนวณหาความต้องการพลังงานของผู้ปวสจากกิจกรรมที่ทำต่อวัน

น้ำหนักที่เป็นจริงเทียบ กับน้ำหนักที่ควรเป็น	ทำงานหนัก แคลอรี/กก./วัน	ทำงานปานกลาง แคลอรี/กก./วัน	ทำงานเบา แคลอรี/กก./วัน
น้ำหนักน้อยกว่าปกติ	45-50	40	35-40
น้ำหนักปกติ	40	35	30
น้ำหนักมากกว่าปกติ	35	30	15-20

หมายเหตุ - ทำงานหนัก ได้แก่ งานประเภททำสวน ทำไร่ กรรมกรก่อสร้าง

- ทำงานปานกลาง ได้แก่ งานบ้านที่ต้องใช้แรงงานมาก เช่น ถูบ้าน ซักผ้า รีดผ้า
 มากๆ

- ทำงานเบา ได้แก่ งานบ้านเบาๆ งานในสำนักงาน

2.1 หาความต้องการพลังงานต่อวันโดยเทียบตารางดังกล่าว

2.2 พลังงานที่ผู้ป่วยได้รับใน 1 วัน = น้ำหนักที่ชั่งได้จริง x ค่าที่ได้ในข้อ 2.1

3. คำนวณหาสารอาหารและพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหาร

3.1 เทียบปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานใน 1 วันให้เป็น 1 ส่วนของอาหารตามรายการ
 แลกเปลี่ยนอาหาร ยกเว้น อาหารอื่นๆ เช่น ขนมหวาน เครื่องดื่มไม่ต้องเทียบเป็นส่วน

3.2 คำนวณหาสารอาหารในอาหารที่เทียบเป็นส่วนแล้วในข้อ 3.1 โดยดูจากรายการ
 แลกเปลี่ยนอาหารว่า อาหาร 1 ส่วนในแต่ละหมวดมีสารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน กาก
 และพลังงานกี่แคลอรี กรณีอาหารหมวดนม ผลไม้ ขนมหวานต่างๆ และเครื่องดื่ม จะถามปริมาณ
 ทั้งหมดที่รับประทานใน 1 สัปดาห์ การคำนวณหาสารอาหารและพลังงานที่ได้รับจะต้องหาโดยเฉลี่ย
 ต่อวัน และหมวดไขมัน อาจต้องประเมินจากจำนวนครั้งของการรับประทานอาหารประเภท ผัก
 ทอด นำค่าสารอาหารและพลังงานที่ได้รับมาบันทึกลงในตารางดังนี้

หมวดอาหาร	ปริมาณอาหาร /วันหรือสัปดาห์	ปริมาณอาหาร เป็นส่วนหรือ จำนวน/วัน	คาร์โบ (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
1. ผัก						
-						
-						
-						
2. นม						
-						
-						
-						
3. ผลไม้						
-						
-						
-						
4. ธัญพืชและแป้ง						
-						
-						
-						
5. เนื้อสัตว์						
-						
-						
-						

หมวดอาหาร	ปริมาณอาหาร /วันหรือสัปดาห์	ปริมาณอาหาร เป็นส่วนหรือ จำนวน/วัน	คาร์โบ (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
6. ไขมัน	-	-	-	-	-	-
7. อื่นๆ	-	-	-	-	-	-
รวม	-	-	-	-	-	-
ปริมาณสารอาหารที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ	-	-	-	-	-	-
ปริมาณพลังงานที่เปลี่ยนแปลง ไป						

4. การประเมินหาว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารหมวดใดบ้าง ให้ดูจากหมวดอาหารที่ผู้ป่วย
รับประทานในตารางข้อ 3.1

5. การคำนวณหาปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับเป็นร้อยละของพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน
คำนวณได้ดังนี้

5.1 คำนวณหาพลังงานจากสารอาหารแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับในข้อ 3.1

พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต = ปริมาณคาร์โบไฮเดรต(กรัม) x 4 (แคลอรี/กรัม)

พลังงานจากโปรตีน = ปริมาณโปรตีน(กรัม) x 4 (แคลอรี/กรัม)

พลังงานจากไขมัน = ปริมาณไขมัน(กรัม) x 9 (แคลอรี/กรัม)

5.2 คำนวณหาปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับเป็นร้อยละของพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน

$$\text{ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับ} = \frac{100 \times \text{พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต}}{\text{พลังงานที่ได้รับใน 1 วัน}}$$

$$\text{ปริมาณโปรตีนที่ได้รับ} = \frac{100 \times \text{พลังงานจากโปรตีน}}{\text{พลังงานที่ได้รับใน 1 วัน}}$$

$$\text{ปริมาณไขมันที่ได้รับ} = \frac{100 \times \text{พลังงานจากไขมัน}}{\text{พลังงานที่ได้รับใน 1 วัน}}$$

$$= X \%$$

6. การคำนวณหาพลังงานที่เกิดขึ้นจากปริมาณที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6.1 หาพลังงานจากปริมาณที่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยเปิดดูจากรายการแลกเปลี่ยนอาหาร นำค่าที่ได้มาเทียบกับบัญญัติไตรยางค์หาพลังงานที่เกิดขึ้นจริง จากปริมาณที่ดื่มแอลกอฮอล์

ปริมาณแอลกอฮอล์ X c.c. ให้พลังงาน c แคลอรี

ปริมาณแอลกอฮอล์ Y c.c. ให้พลังงาน $\frac{c \cdot Y}{X}$ แคลอรี

X

B แคลอรี

6.2 คำนวณพลังงานจากปริมาณที่ดื่ม เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นร้อยละของพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน

$$\text{พลังงานจากเครื่องดื่ม} = \frac{100 \times B}{\text{พลังงานที่ได้รับใน 1 วัน}}$$

7. คำนวณปริมาณพลังงานที่เปลี่ยนแปลงไป จากการรับประทานอาหารต่อวัน เทียบกับพลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน

7.1 ดูว่าพลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารต่อวันสูงหรือต่ำกว่าพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน ± 50 แคลอรี

7.2 จากข้อ 7.1 ถ้าพบว่า สูงหรือต่ำกว่าพลังงานจริงดังกล่าว ให้คำนวณหาพลังงานที่เปลี่ยนแปลงไปดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พลังงานที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง} &= (\text{พลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน} - 50) \\ &\quad - \text{พลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารต่อวัน} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{พลังงานที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเพิ่มขึ้น} &= \text{พลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารต่อวัน} \\ &\quad - (\text{พลังงานจริงที่ได้รับใน 1 วัน} + 50 \text{ แคลอรี}) \end{aligned}$$

เลขที่ [] [] []

ตัวอย่างการคำนวณสารอาหารและพลังงานจากอาหารที่รับประทาน

เพศ หญิง น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ความสูง 150 เซนติเมตร

ประเภทของการทำงาน เบา

ดัชนีความหนาของร่างกาย = $\frac{61}{(1.5)^2} = 27$ กิโลกรัม/ตารางเมตร

พลังงานที่ได้จริงใน 1 วัน = $61 \times 15 = 915$ แคลอรี

หมวดอาหาร	ปริมาณอาหาร /วันหรือสัปดาห์	ปริมาณอาหาร เป็นส่วนหรือ จำนวน/วัน	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
1. ผัก	1/2 ถ.ค./วัน	-	-	-	-	-
2. นม	-	-	-	-	-	-
3. ผลไม้						
- กล้วย	3 ใบ/สป.	0.4 ส่วน	12	-	-	48
- ส้ม	3 ผล/สป.	0.4 ส่วน				
- สับปะรด	2 ชิ้นขาว/สป.	0.3 ส่วน				
- ละมุด	1 ผล/สป.	0.1 ส่วน				
4. อกไก่และแป้ง						
- ข้าว	8 ถ้วย/วัน	8 ส่วน	150	20	-	680
- ขนมปังปอนด์	2 แผ่น/วัน	2 ส่วน				
5. เนื้อสัตว์						
- เนื้อหมูไม่ติดมัน	45 กรัม/วัน	3 ส่วน	-	21	9	165
- ปลาชุก (1/2 ตัว)	45 กรัม/วัน					

หมวดอาหาร	ปริมาณอาหาร /วันหรือสัปดาห์	ปริมาณอาหาร เป็นส่วนหรือ จำนวน/วัน	คาร์บ (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (แคลอรี)
6. ไขมัน						
- ผัดจืด	6 ช.ช./สป.	2.9 ส่วน	-	-	14.5	130.5
- ผัดเผ็ด	3 ช.ช./สป.					
- ผัดขี้วัว	8 ช.ช./สป.					
- แกงกะทิ	1 ช.ต./สป.					
7. อื่นๆ						
- ขนมปลากิมไข่เตา	1/2 ถ./สป.	-	3.4	0.4	0.4	18.2
- ทองหยิบ	1 ชิ้น/สป.	-	2	0.3	-	15
- เม็ดขนุน	2 ชิ้น/สป.	-	1.7	0.3	0.7	9.9
- น้ำเขียว	1 ขวด/สป.	-	28	-	-	109
- น้ำตาล	2 ช.ช./สป.	-	1.4	-	-	5.7
รวม	-	-	198.5	42	24.6	1181.3
ปริมาณสารอาหารที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ	-	-	86.8	18.4	24.2	-
ปริมาณพลังงานที่เปลี่ยนแปลง ไป	1181.3 - (915+50) = 216.3					



ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารรายข้อ และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามความถูกต้องของพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร (n=100)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับพฤติกรรม			
		ไม่ถูกต้อง	ถูกต้อง	ถูกต้อง	ถูกต้อง
		ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์
		น้อย	ปานกลาง	มากที่สุด	
I การเลือกรับประทานอาหาร					
4. อาหารประเภทผักที่ทานรับประทาน	2.45	4	3	37	56
ส่วนใหญ่เป็นผักอะไร					
8. ทานชอบรับประทานผลไม้ที่มีลักษณะ	2.08	4	16	48	32
อย่างไรเป็นส่วนใหญ่					
12. เนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว	1.8	24	4	40	32
เปิด ไข่ ฯลฯ ที่ทานรับประทาน					
ส่วนใหญ่มีลักษณะอย่างไร					
15. อาหารที่ทานรับประทานส่วนใหญ่	1.98	10	24	24	42
ปรุงด้วยน้ำมันชนิดใด					
16. อาหารต่อไปที่ท่านชอบรับประทาน	1.55	6	44	39	11
ลักษณะใดเป็นส่วนมาก					
II การควบคุมความบ่อยครั้งในการ					
รับประทานอาหาร					
1. ทานรับประทานอาหารวันละกี่มื้อ	2.62	5	2	19	74
2. ทานรับประทานอาหารว่าง	1.56	20	26	32	22
ระหว่างมื้อ วันละกี่มื้อ					
5. ทานรับประทานผักบดบดเพียงใด	1.05	48	22	7	23

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารรายข้อ และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามความถูกต้องของพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร (n=100) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับพฤติกรรม			
		ไม่ถูกต้อง	ถูกต้อง	ถูกต้อง	ถูกต้อง
		ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์
		น้อย	ปานกลาง	มากที่สุด	
9. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานมากเป็นส่วนใหญ่บ่อยเพียงใด	1.51	25	32	10	33
13. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์บ่อยเพียงใด	2.84	18	2	8	72
17. ท่านรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันมาก บ่อยเพียงใด	1.69	31	12	14	43
19. ท่านรับประทานของหวาน หรือ เครื่องดื่มที่มีรสหวานบ่อยเพียงใด	1.75	25	23	4	48
20. ท่านดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	2.86	2	3	2	93

III การปรับการรับประทานอาหารตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน

3. ท่านรับประทานอาหารครบทุกมื้อ และตรงตามเวลาทุกวันหรือไม่	1.99	21	16	6	57
23. เมื่อท่านรับประทานขนมหวาน ผลไม้ หรือ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ท่านเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารในแต่ละวันอย่างไร	0.36	88	0	0	12
24. เมื่อมีความอยากรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ท่านปฏิบัติตัวอย่างใด	1.11	44	24	9	23

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารรายข้อ และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามความถูกต้องของพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร (n=100) (ต่อ)

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับพฤติกรรม					
ข้อความ	$\bar{X}$	ไม่ถูกต้อง	ถูกต้อง	ถูกต้อง	ถูกต้อง
		ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์
		น้อย	ปานกลาง	มากที่สุด	
25. หลังรับประทานอาหารหรือฉีดยาอินซูลิน ทำน้ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอย่างไร	1.85	20	23	30	34
26. เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิม ท่านมีการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารอย่างไรบ้าง	1.78	40	1	0	59
27. ท่านจะควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัดตามที่รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือนักโภชนาการอย่างไร	1.95	27	6	12	55
IV การควบคุมปริมาณอาหารในการรับประทานอาหาร					
28. การได้รับสารอาหารในแต่ละหมวด คือ นม ผัก ผลไม้ แป้ง เนื้อสัตว์ และไขมัน โดยเฉลี่ย/วัน	1.80	5	31	43	21
29. ปริมาณสารอาหารโปรตีนที่ได้รับต่อวัน	1.29	22	43	19	16
30. ปริมาณสารอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับต่อวัน	0.63	71	6	12	11

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารรายข้อ และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามความถูกต้องของพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร (n=100) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับพฤติกรรม			
		ไม่ถูกต้อง	ถูกต้อง	ถูกต้อง	ถูกต้อง
		ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์	ตามเกณฑ์
			น้อย	ปานกลาง	มากที่สุด
31. ปริมาณไขมันที่ได้รับต่อวัน	2.28	19	3	9	69
32. ปริมาณพลังงานที่ได้จากการ รับประทานอาหารต่อวัน	0.46	74	10	12	4
33. ปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ได้รับต่อวัน	2.73	5	1	10	84



ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (n=100)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับคะแนน					
		ความสามารถ					
		6	5	4	3	2	1
I หมวดการรู้จักตนเอง							
14. ฉันจะยังคงยึดถือการดูแลตนเองตามที่ฉันตัดสินใจกระทำเสมอ แม้ว่าจะพบกับอุปสรรคก็ตาม	5.2	58	24	8	8	4	3
15. เมื่อฉันจะต้องดูแลตนเองฉันรู้ว่าขอความช่วยเหลือได้จากผู้ใด และจากที่ใด	3.95	36	24	4	0	7	29
16. ฉันจะดูแลสุขภาพตามคำแนะนำที่ได้รับจาก แพทย์หรือพยาบาลอย่างเคร่งครัด	4.07	30	30	2	2	27	9
17. ฉันดูแลตนเองเพราะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับฉัน	5.26	73	13	1	1	4	8
18. ฉันจำสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพได้ ว่าฉันควรจะทำอะไรบ้างเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับตัวฉันเอง	4.64	87	43	9	0	7	4
21. ฉันคิดว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับฉันมาก	4.88	59	18	4	0	9	10

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (n=100) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับคะแนน					
		ความสามารถ					
		6	5	4	3	2	1
22. ฉันรู้ว่าเมื่อไรฉันจะมีกำลังเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้	5.29	66	23	2	0	1	8
23. ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลที่มีประโยชน์ช่วยให้ฉันดูแลตนเองได้จากที่ไหน	3.81	32	21	9	3	4	31
28. ฉันคิดว่าแนวทางที่ฉันปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไปกันได้กับการใช้ชีวิตในด้านอื่นๆที่สำคัญสำหรับตัวฉัน	4.27	26	39	7	1	18	9
29. ฉันจะทำสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการดูแลสุขภาพตนเองแม้ว่าฉันจะไม่ชอบก็ตาม	4.04	31	30	6	1	9	23
31. ฉันจะปฏิบัติตามสิ่งที่ฉันได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตัวฉันเอง	5.43	73	16	4	0	2	5
32. ฉันได้กำหนดว่าจะดูแลตนเองอย่างไรในแต่ละวัน	3.54	35	14	6	1	3	41

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (n=100) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับคะแนน					
		ความสามารถ					
		6	5	4	3	2	1
33. ฉันจะคำนึงถึงเสมอว่า การตัดสินใจที่จะกระทำการใดสิ่งหนึ่ง นั้นมีผลต่อสุขภาพและ การดูแลตนเองของฉันหรือไม่	4.65	58	14	3	1	8	16
34. ฉันจะใช้กำลังและความ ความสามารถของฉันอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติ กิจกรรมที่เห็นว่าสำคัญที่สุดในการดูแลตนเอง	4.57	38	30	11	2	10	9
35. ฉันนำข้อมูลข่าวสารจากผู้รู้ มาปรับปรุงการดูแลตนเองให้ดีขึ้น	4.75	40	28	18	1	7	6

II หมวดการพิจารณาและตัดสินใจ

2. ฉันจะใช้ข้อมูลต่างๆ ด้านสุขภาพ เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาในการดูแลตัวฉันเอง	4.51	36	32	11	1	8	12
--	------	----	----	----	---	---	----

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (n=100) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับคะแนน					
		ความสามารถ					
		6	5	4	3	2	1
4. ฉันได้ลองวิธีการใหม่ๆ ในการดูแลตนเอง ตามคำแนะนำที่ได้จากผู้ที่มีความรู้เสมอ	4.84	36	45	6	1	4	8
20. ฉันจะพิจารณาถึงผลประโยชน์และโทษของวิธีการดูแลตนเองแต่ละวิธี ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองนั้น	4.51	48	26	1	1	2	22
24. ฉันรู้ว่าต้องมีกิจกรรมการดูแลตนเองหลายๆอย่าง จึงจะทำให้ฉันมีสุขภาพดี	4.44	49	16	8	2	7	18
26. ฉันสามารถจัดการในสิ่งที่ต้องกระทำเพื่อดูแลตนเองเรื่องใหม่ให้เข้ากันได้เป็นอย่างดีกับกิจวัตรประจำวันที่เป็นอยู่	4.44	34	32	10	3	10	11
30. ฉันมีวิธีการหลายๆอย่างในการดูแลตนเอง	4.54	45	23	8	3	7	14

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง รายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (n=100) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับคะแนน					
		ความสามารถ					
		6	5	4	3	2	1
37. ฉันจะพิจารณาทางเลือก หลายๆวิธี ก่อนที่จะ ตัดสินใจเลือกวิธีใด วิธีหนึ่งเพื่อดูแลตนเอง	3.93	33	25	7	2	3	30
38. ฉันรู้เหตุผลที่ฉันเลือก วิธีดูแลตนเองนั้นๆเสมอ	4.71	46	28	7	2	4	13
39. ฉันรู้ว่าควรทำอะไรก่อน เพื่อให้การดูแลตนเอง ได้ผลดีที่สุด	3.73	31	24	6	1	2	36
40. เมื่อฉันเลือกใช้วิธีใด วิธีหนึ่งในการดูแลตนเอง แล้ว ฉันจะคอยตรวจสอบ ว่าวิธีที่เลือกได้ผลดีหรือไม่	4.64	45	28	8	0	3	16
III หมวดความตั้งใจและ การควบคุมตนเอง							
6. ฉันเฝ้าสังเกตผลหรือการ เปลี่ยนแปลงที่จะบอกให้ฉัน รู้ว่าฉันดูแลตนเองได้ดี	4.41	47	18	7	2	9	17

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (n=100) (ต่อ)

ข้อความ	X̄	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับคะแนน					
		ความสามารถ					
		6	5	4	3	2	1
7. ฉันนึกถึงปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ตามปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง	3.78	30	27	6	0	2	35
8. ฉันจะคอยระวังว่าสิ่งใดที่จะทำให้เกิดผลกระทบ หรือขัดขวางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของฉัน	4.65	49	25	3	2	7	14
10. ฉันให้ความสนใจกับอาการหรือสิ่งที่จะเตือนให้ทราบว่าฉันควรจะเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองเสียใหม่	4.59	49	18	10	0	12	11
11. ฉันวางแผนในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามกำลังที่มีอยู่	4.69	55	17	7	1	3	17
12. ฉันรับรู้ตลอดเวลาถึงสิ่งต่างๆ ที่อาจทำให้ฉันดูแลตนเองได้ไม่ดี	4.05	38	23	4	2	7	26

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (n=100) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับคะแนน					
		ความสามารถ					
		6	5	4	3	2	1
19. ฉันจะพิจารณาเสมอว่า ฉัน มีกำลังเพียงพอที่จะกระทำ สิ่งต่างๆ สำหรับตัวฉันเองได้ หรือไม่	5.11	64	19	3	0	6	8
IV หมวดการมีทักษะและความพึงพอใจ							
1. ข้อต่อส่วนต่างๆ เช่น ข้อแขน ข้อขา ของร่างกายของฉันเคลื่อนไหวและ ยืดหยุ่นได้ดีพอที่ฉันสามารถดูแล ตนเองได้	5.18	60	25	2	2	8	3
3. การดูแลตนเองของฉันไม่เป็น อุปสรรคต่อการใช้ชีวิต ครอบครัวของฉัน	5.31	65	24	2	0	4	5
5. การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ของฉันเข้ากันได้ดีกับการใช้ ชีวิตด้านอื่นๆ เช่น ชีวิตการ ทำงาน การสังคมกับเพื่อนฝูง	5.19	64	21	4	0	3	8
9. ฉันแข็งแรงพอที่จะกระทำ สิ่งต่างๆ เพื่อดูแลตนเอง	5.31	64	22	5	1	6	2



ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ($n=100$) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับคะแนน					
		6	5	4	3	2	1
13. ฉันสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆให้เพียงพอที่จะดูแลตัวฉันเอง	4.31	20	46	5	6	20	3
25. ฉันมีสภาวะร่างกายที่แข็งแรงดีพอที่จะดูแลตนเองได้	5.08	51	32	5	1	8	3
27. ฉันได้ชินและมองเห็นดีพอที่ฉันจะดูแลตัวฉันเองได้	5.32	58	25	12	2	2	1
36. ฉันมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆเพื่อดูแลตนเองได้	4.99	48	29	10	3	7	3