



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา	พลศึกษา
สาขา	ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการ
รักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร
Factors Relating to Diet Control Behavior of Diabetic Patients Receiving Medical
Treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok

นามผู้วิจัย นางสาวสมพร สำเภา

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับ
การรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

Factors Relating to Diet Control Behavior of Diabetic Patients Receiving Medical
Treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok

โดย

นางสมพร สำเภา

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2555

สมพร สำเนา 2555: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชชรัตน์ บุญช่วยชนาสิทธิ์, Ph.D. 103 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม
การควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม แขวงสายไหม เขตสายไหม
กรุงเทพมหานคร ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม จำนวน
250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและความเชื่อในความสามารถของตนเองมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิก
เวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ
การควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษา
ที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ สถานภาพ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ
การควบคุมอาหาร เป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถ
ร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม
ได้ร้อยละ 24.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลายมือชื่อนิติ

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Somporn Samphao 2012: Factors Relating to Diet Control Behavior of Diabetic Patients Receiving Medical Treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Assistant Professor Karuntharat Boonchuaythanasit, Ph.D. 103 pages.

The purposes of this descriptive research were to examine the factors relating to diet control behavior of diabetic patients receiving medical treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok. The population were 250 diabetic patients who have received medical treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok. The research instrument was questionnaire developed by the researcher. Data Analysis was made for frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, Chi-square statistics, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis.

The research results were found as follows. 1) Stage of change and Self-Efficacy significantly related to diet control behavior of diabetic patients receiving medical treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok at a .05 statistical significance level. 2) Processes of Change and the Decisional Balance of the diet control behavior significantly related to diet control behavior of diabetic patients receiving medical treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok at a .05 statistical significance level. 3) Bio-social factors namely, job, marital status, education, income significantly related to diet control behavior of diabetic patients receiving medical treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok at a .05 statistical significance level. 4) Processes of Change, and the Decisional Balance were found to be significant predictor variables of the diet control behavior of diabetic patients receiving medical treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok at a .05 statistical significance level. The two variables together shared 24.90 percentage of variance in the diet control behavior.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี โดยได้รับคำแนะนำด้านวิชาการ ข้อเสนอแนะและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้การวิจัยมีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการ จาก ศศ.ดร.กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสีทธิ์ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รศ.จงดล แก่นเพิ่ม ประธานการสอบ รศ. อลิสา นิตินธรรม ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาสละเวลาในการสอบพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ศศ.ดร. วราภรณ์ เสถียรนพเก้า ดร.กฤษิศา พานิชกุล นายแพทย์กัมมาล กุมาร ปาวา และนางสาวลภัสลดา สระดอแก้ว ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านนายแพทย์กัมมาล กุมาร ปาวา ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณบุคลากรพหลฯ 58 คลินิกเวชกรรมทุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจในหลาย ๆ ด้าน จนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณนายสมบุญ สุขถาวร และนางสายพร สุขถาวร บิดามารดาของผู้วิจัยและขอขอบพระคุณ จ.อ.จิรานุวัฒน์ สำเภา และนางสาววันเพ็ญ สุขถาวร ที่ได้ให้กำลังใจคอยห่วงใยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

สมพร สำเภา

มีนาคม 2555

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	9
อุปกรณ์และวิธีการ	43
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	50
ผลการวิจัย	50
ข้อวิจารณ์	73
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	78
สรุปผลการวิจัย	78
ข้อเสนอแนะ	81
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	83
ภาคผนวก	88
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	89
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	91
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	103

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละปัจจัยทางชีวสังคม	51
2	จำนวนและร้อยละของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	52
3	จำนวนและร้อยละของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	53
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารจำแนกตามรายกลุ่ม รายด้านและรายข้อ	54
5	จำนวนและร้อยละของความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	57
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	58
7	จำนวนและร้อยละของคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยภาพรวม	60
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารจำแนกรายข้อ	61
9	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	62
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารจำแนกรายข้อ	62
11	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	64
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารโดยรวมทุกด้านกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	65
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	66
15	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	67
16	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม	69
17	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEb) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าคงที่ ของสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม	70

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change)	13
2	แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	14
3	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังที่จะเกิด	15
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย	41

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับ
การรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

**Factors Relating to Diet Control Behavior of Diabetic Patients Receiving
Medical Treatment at Phahon 58 Clinic, Sai Mai Bangkok**

คำนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยและตายด้วยโรคเบาหวานในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี จากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม และวิถีดำเนินชีวิตแบบใหม่ อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณและคุณภาพของโภชนาการ ทำให้เกิดภาวะอ้วนมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นกันมากที่สุด ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งหมดองค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าในปี ค.ศ. 2000 มีประชากรทั่วโลกเป็นเบาหวาน 200 ล้านคน (Barnett, 1998) และในปี ค.ศ. 2025 จะมีประชากรทั่วโลกเป็นเบาหวานถึง 300 ล้านคน (Cryer, 1999) จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1992 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานถึง 14 ล้านคน และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถึง 750,000 คนต่อปี จำนวนผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีอายุตั้งแต่ 55 ปี และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เมื่อมีอายุมากขึ้น (Eaks and Cassmeyer, 1995)

สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจสุขภาพทั่วประเทศล่าสุดในปี พ.ศ. 2547 พบผู้เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 3 ล้านคน พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากถึง ร้อยละ 10-15 โดยที่ประมาณครึ่งหนึ่งไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน เป็นผู้ชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด ประมาณ 370,715 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ของผู้ชายในกรุงเทพฯ ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน และมากกว่าครึ่งมักอ้วน ในภาพรวมทั่วประเทศไทยมีกลุ่มคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ แต่ยังไม่ถึงขั้นเป็นเบาหวาน แต่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานอีกกว่า 7 ล้านคน พบในผู้ชาย ร้อยละ 15 และผู้หญิง ร้อยละ 10.3 มีการคาดการณ์ว่ารัฐจะต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมหาศาลกว่า 80,000 ล้านบาทเพื่อรักษาประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ศัลยา, 2551)

สถานการณ์ของการเจ็บป่วยในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-7 เป้าหมายในแผนพัฒนาสาธารณสุขที่ปรากฏเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่เกิดจากความยากจนและความไม่รู้ ได้แก่ โรคติดต่อและโรคระบาดต่างๆ ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 สถานการณ์ของโรคเบาหวาน ที่มีอัตราป่วยสูงขึ้น อัตราการตายของโรคเบาหวานอยู่อันดับที่ 10 เท่ากับ 10.05 ต่อประชากรแสนคน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายในแผนการควบคุมและป้องกันโรคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัว บุคคล ชุมชน และสังคม มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง มีศักยภาพในการเสริมสร้างและพัฒนาสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายจิตใจและแรงให้ดำเนินการในโครงการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มประชาชน โดยกำหนดเป้าหมายร้อยละ 70 ในกลุ่มอายุ 35-39 ปี เพื่อให้บริการที่เหมาะสม ในกรณีที่พบโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 เป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน องค์กร หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนได้รับรู้ ตระหนักและใส่ใจสุขภาพ ซึ่งนโยบายและเป้าหมายว่าจะรณรงค์และควบคุมเพื่อลดโรคที่ทำให้คนไทยมีอัตราการป่วยหรือตายสูง 6 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออกและโรคเอดส์

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาตลอดชีวิต เป็นเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จากภาวะแทรกซ้อนต่อ หัวใจและหลอดเลือดสมอง ระบบประสาท ตา ไต โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเกือบร้อยละ 50 ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม การค้นหาผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการ การเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จึงเป็นมาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคและผลกระทบดังกล่าว ตามที่องค์การอนามัยโลก ประกาศไว้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 80 สามารถป้องกันได้ โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมโรคหนึ่ง แต่การที่ทายาทจะเป็นเบาหวานเร็วหรือช้าขึ้นกับภาวะแวดล้อมของผู้นั้น ประกอบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและไขมันมากเกินไปและขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ จะเป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดโรคเบาหวานเร็วขึ้น ในปัจจุบันแม้เทคโนโลยีจะเจริญก้าวหน้า จนมียาที่มีคุณภาพขึ้นในการช่วยควบคุมระดับน้ำตาล แต่ก็ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดโรคแทรกซ้อนที่มากับโรคเบาหวานถึงแม้โรคเบาหวานจะสามารถควบคุมได้ แต่สถิติโรคเบาหวานก็ไม่ได้ลดลงกลับสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเปรียบเสมือนเป็นโรคระบาดในยุคนี้เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรบริโภค การควบคุมโรคเบาหวานจึงขึ้นอยู่กับความตั้งใจจริงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร เป็นคลินิกอบอุ่นที่อยู่ในชุมชน ที่รับนโยบายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับทางคลินิกอยู่ประมาณ 10,000 ราย จากสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการล่าสุดในปี พ.ศ. 2553 จำนวนโรคเรื้อรังทั้งหมดจำนวน 683 ราย พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 250 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.6 และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 249 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.6 สำหรับการเปิดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวานเฉลี่ยวันละ 30-50 ราย โดยเปิดบริการในวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 08.00–12.00 น. ถึงแม้ว่าที่คลินิกโรคเบาหวานได้จัดให้มีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แต่ผลการติดตามประเมินเมื่อมาตรวจตามนัดพบผู้ป่วยร้อยละ 50-60 พบว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คาดว่าผู้ป่วยอาจจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะเห็นได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสุขภาพต่อไปในอนาคตหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุดและจริงจัง (ข้อมูล: ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปี 2553)

พฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแผนดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน ตลอดจนการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นประชาชนที่มีสุขภาพดีต่อไป ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ได้ตระหนักดีว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างถูกวิธีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตเป็นปกติสุขเช่นคนทั่วไป การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทางและกลวิธีในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาองค์ประกอบตามแนวคิดรูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันได้แก่ ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนเอง คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และปัจจัยทางชีวสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนเอง คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

7. ปัจจัย อันได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบ ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และคุณภาพการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. ผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และคุณภาพการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษา วันอังคาร เวลา 08.00น.-12.00น. ที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานพหุฯ58 คลินิกเวชกรรม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น (Independent Variables)

องค์ประกอบที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดรูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Prochaska and DiClement (1983) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change)
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of Change)

3. ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)
4. คุณภาพการตัดสินใจ (Dicisional Balance)
5. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา รายได้

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

พฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

นิยามศัพท์ในการวิจัย

เพื่อให้การวิจัยนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกันผู้วิจัยได้กำหนดนิยามปฏิบัติการของตัวแปรที่ใช้การศึกษาและคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ

การควบคุมอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานผักประเภทใบ รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวาน หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานและอาหารที่มีรสเค็ม

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม และได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวาน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเป็นโรค

พฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในลักษณะของการเลือกรับประทานผักประเภทใบ รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวาน หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากและอาหารที่มีรสเค็ม

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง คุณลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่กำหนดไว้ใน
 ที่นี้ คือ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา และรายได้

ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร หมายถึง ระดับความพร้อมในการ
 เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนการพิจารณา
2. ระยะพิจารณา
3. ระยะเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ
4. ระยะปฏิบัติ
5. ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการ
 ควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จำแนก กระบวนการเปลี่ยนแปลงแบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่

1. ด้านความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ (Cognitive/ Experiental processes) ประกอบด้วย
 - 1.1 การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising)
 - 1.2 การระบายความรู้สึก (Dramatic relief)
 - 1.3 การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environment re-evaluation)
 - 1.4 การประเมินตนเอง (Self - re-evaluation)
 - 1.5 การประกาศอิสรภาพต่อสังคม (Social – liberation)

2. ด้านพฤติกรรม (Behavioral processes) ประกอบด้วย

2.1 การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self – liberation)

2.2 การเสริมแรงโดยการจัดการ (Reinforcement management)

2.3 ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationships)

2.4 การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter – conditioning)

2.5 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control)

ความเชื่อในความสามารถของตน หมายถึง ความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการควบคุมอาหารได้ตามที่คาดหวังไว้ซึ่งเมื่อทำเสร็จจะได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการทั้งโดยส่วนตัวและสังคม

ดุลยภาพในการตัดสินใจ หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยการชั่งน้ำหนักประโยชน์ที่ได้รับ และผลเสียหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่

การตรวจเอกสาร

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยดำเนินการประมวลเอกสารงานวิจัยดังนี้

1. แนวคิดรูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ความรู้เรื่องโภชนาการ
3. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
 - 3.1 ชนิดของโรคเบาหวาน
 - 3.2 สาเหตุของโรคเบาหวาน
 - 3.3 อาการของโรคเบาหวาน
 - 3.4 โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 3.5 เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
4. การวางแผนการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดรูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

รูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ The Transtheoretical Model (TTM) เป็นการพัฒนาจากแนวคิดในการทำจิตบำบัดในโครงการงดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักซึ่งนักจิตวิทยาบำบัดใช้เป็นแนวทางในการช่วยให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพฤติกรรมปัญหา อารมณ์

และการปฏิบัติ The Transtheoretical Model ถูกพัฒนาขึ้น โดย Prochaska and DiClement (1983) เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยคำนึงความพร้อมในการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลตลอดจนกำหนดแนวทางที่ใช้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม The Transtheoretical Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change)

เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลตามช่วงเวลาที่คุณคิดว่าดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองจากพฤติกรรมเดิมและยอมรับพฤติกรรมใหม่ ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (Prochaska and DiClement, 1983)

1. ก่อนการพิจารณา (Precontemplation) คือ ระยะที่คุณยังไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายภายใน 6 เดือน ข้างหน้า คุณอยู่ในขณะนี้เพราะไม่ได้รับการบอกกล่าว หรือไม่มีข้อมูลข่าวสารเพียงพอเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลายครั้งแล้วแต่ยังไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้และอีกประการหนึ่งคือกลุ่มนี้ไม่ได้รับรู้ข่าวสารและไม่ชอบสังสรรค์พูดคุย ซึ่งมีลักษณะคล้ายการต่อต้านหรือไม่มีแรงจูงใจ ไม่พร้อมที่จะทำตามโครงการส่งเสริมสุขภาพ ไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตนเองทำอยู่

2. พิจารณา (Contemplation) คือ ระยะที่คุณมีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายภายใน 6 เดือน ข้างหน้า โดยตระหนักถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คำนึงถึงสมดุลระหว่างค่าใช้จ่าย ประโยชน์เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถทำให้คุณอยู่ในขั้นพิจารณาเป็นระยะเวลาสั้นๆ ขั้นนี้คุณมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันทันทีหรืออาจจะทำเฉพาะหน้าในระยะเวลาอันใกล้

3. เตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation) คือ ระยะที่คุณมีความตั้งใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายภายใน 1 เดือน เช่นอ่านหนังสือการดูแลสุขภาพหรือบอกว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองโดยเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การเลือกรับประทานอาหารช่วงนี้บุคคลได้ทดลองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยทำอยู่ หรือเตรียมตัวเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

4. ปฏิบัติ (Action) คือ ระยะที่บุคคลได้กระทำหรือได้ปฏิบัติบ้างแล้วในพฤติกรรมใหม่แต่ปฏิบัติน้อยกว่า 6 เดือน เป็นการกระทำที่สังเกตได้ มีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการกระทำว่าเป็นอย่างไร

5. คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance) คือ ระยะที่บุคคลได้กระทำพฤติกรรมใหม่ในระยชนานพอสมควร ซึ่งยาวนานกว่า 6 เดือน

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of Change)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารเป็นกลวิธีที่นำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม 10 กระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการกลุ่มความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (Cognitive/Experiential Processes) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1.1 การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising) หมายถึง การปลูกจิตสำนึก การสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของพฤติกรรมใหม่ เช่น การที่บุคคลแสวงหาข้อมูลใหม่เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร แล้วนำมาสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมปัญหาที่มีผลกระทบต่อตนเองและคนใกล้ชิดมักใช้ในขั้นซั้งใจ นอกจากนั้นควรให้คนที่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาเป็นตัวแบบให้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดการยอมรับพฤติกรรมนั้นเป็นการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง

1.2 การระบายความรู้สึก (Dramatic relief) หมายถึง การที่บุคคลแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ในประสบการณ์พฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น บุคคลรู้สึกกลัวว่าจะเจ็บป่วยถ้าไม่ควบคุมอาหาร หรือไม่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารบางชนิด โดยการอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นใช้เป็นเครื่องกระตุ้นและให้รู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลง

1.3 การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environment re-evaluation) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาและประเมินว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารมีผลกระทบต่อตัวเขาและสิ่งแวดล้อมอย่างไร เช่น บุคคลรู้สึกว่าการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการจะช่วยลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการดูแลสุขภาพ

1.4 การประเมินตนเอง (Self- re-evaluation) หมายถึง การที่บุคคลสะท้อน ข้อดี ข้อเสีย ปัญหา อุปสรรค ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ซึ่งกระทำอยู่ตลอดเวลา ได้แก่ การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจของผลที่เกิดขึ้นจาก พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาต่อตัวเอง จนถึงตอนท้ายของขั้นซึ่งใจเข้าสู่ขั้นเตรียมความพร้อมและขั้นปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมายจะมีการประเมินตนเอง ในเรื่องบรรทัดฐาน ค่านิยม ความเชื่อที่อยู่ในตัวบุคคลเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติ การประเมินตนเอง บางครั้งเรียกว่าการเผชิญหน้าตนเอง เป็นเทคนิคที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่ดีขึ้น เช่น บุคคลรู้สึกรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้สุขภาพดีขึ้น

1.5 การประกาศอิสรภาพต่อสังคม (Social – liberation) หมายถึง การบุคคลประกาศให้สังคมรู้ถึงความตระหนัก ประโยชน์ และการยอมรับต่อการเลือกรับประทานอาหาร เช่น การที่บุคคลและประชาชนจำนวนมากตระหนักว่าการรับประทานอาหารเป็นสิ่งสำคัญของพวกเรา

2. กระบวนการกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral Processes) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

2.1 การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self – liberation) หมายถึง การที่บุคคลให้สัญญาว่าเขาสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมการรับประทานอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการได้ตามความเชื่อ นั้น เช่น บุคคลสัญญาว่าจะควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ

2.2 การเสริมแรงโดยการจัดการ (Reinforcement management) หมายถึง การให้แรงเสริมทางบวกแก่บุคคลที่มีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา และการลงโทษบุคคลที่มีพฤติกรรมทางลบจะใช้ขั้นเตรียมความพร้อมและขั้นปฏิบัติถ้าบุคคลปฏิบัติแล้วได้ผลบวกตามมาก็จะปฏิบัติอีกเทคนิคสำคัญในกระบวนการนี้คือ การบันทึกความถี่ของพฤติกรรมเป้าหมายในด้านความสม่ำเสมอการเสริมแรงอีกอย่างหนึ่งคือการสนับสนุนทางสังคม การที่บุคคลได้รับรางวัลสำหรับความสำเร็จในพฤติกรรม การควบคุมอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เช่น การให้รางวัลแก่ตนเองโดยการเลือกรับประทานอาหารเมนูที่เป็นเมนูสุขภาพตามที่กำหนดไว้

2.3 ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationships) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างที่มีความจริงใจ เอื้อประโยชน์ สนับสนุนที่บุคคลนั้นมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น การที่มีบุคคลคอยสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับตัวเอง

2.4 การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter – conditioning) หมายถึง การที่บุคคลเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติแทนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เป็นเทคนิคที่ใช้ในชั้นปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม เป้าหมายของเทคนิคนี้คือการเปลี่ยนสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนา ให้เป็นสิ่งเร้าที่เหมาะสมเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน เช่น การเลือกรับประทานผักแทนเนื้อสัตว์ติดมันและการเลือกรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน

2.5 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) หมายถึง การปฏิรูปสถานการณ์สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ปฏิบัติสามารถควบคุมสิ่งเร้าที่เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ ก็ต่อเมื่อเขารู้ว่าเมื่อไรที่จะเกิดพฤติกรรมดังกล่าวและเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น เช่นถ้าไม่ต้องการกินขนมหวานหรือน้ำหวานก็ไม่ควรมีขนมหวานหรือน้ำหวานในบ้าน หรือบุคคลสามารถเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพได้ถึงแม้จะอยู่งานเลี้ยงหรือการรับประทานอาหารแบบบุฟเฟต์ก็ตาม

ก่อนพิจารณา	พิจารณา	เตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ	ปฏิบัติ	คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ
	กระตุ้นให้ตื่นตัว			
	ระบายนามณ์			
	ประเมินสิ่งแวดล้อม			
	ประเมินตนเอง			
			ประกาศอิสรภาพของตนเอง	
				การเสริมแรงโดยการจัดการ
				ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ
				เผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม
				การควบคุมสิ่งเร้า
				ประกาศอิสรภาพต่อสังคม

ภาพที่ 1 กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change)

ที่มา: Prochaska and Reading, (1994 อ้างใน นิตยา, 2553)

องค์ประกอบที่ 3 ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

องค์ประกอบนี้มีแนวคิดมาจากทฤษฎีความเชื่อในความสามารถของตนเองของ Bandura เป็นความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติงานเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ที่คาดหวังไว้ เมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่บุคคลนั้นต้องการทั้งโดยส่วนตัวและสังคม

Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเอง ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1979) แต่ต่อมาปี 1986 ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Percieved Self-Efficacy) โดยให้ความหมายว่าการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับที่กำหนดไว้และเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่า คน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน ความสามารถของคนเรานั้นไม่คงที่ หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะนั้น ๆ นั่นเอง กล่าวคือถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพ เราแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura(1977)

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินว่าผลกระทบใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังที่จะเกิด

ที่มา: Babdura (1978)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถของตนเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น (Babdura, 1978) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถของตนเองมีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัยดังนี้ คือ

1. แหล่งของความเชื่อในความสามารถ (Sources of Self-Efficacy Beliefs) การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง Babdura ได้เสนอไว้ 4 วิธีดังนี้

1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Babdura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงของความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั้นจำเป็นจะต้องฝึกให้เขามีทักษะ

เพียงพอที่ประสงค์ความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขาเรียนรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำ เช่นนั้นได้จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

1.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling)

การสังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขาสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตัวเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ และถ้าบุคคลได้เห็นตัวแบบที่คล้ายคลึงกับเขาและเมื่อใช้ความพยายามแล้วประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้

1.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)

เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะให้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับ ขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง แต่หากใช้คำพูดเกินความจริงจะทำให้ได้ผลตรงกันข้าม เพราะจะสร้างให้เกิดความผิดหวังซึ่งเขาจะรู้สึกเขาไม่มีความสามารถเพียงพอ เขาจะหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ยากและยอมแพ้เมื่อพบอุปสรรคการให้กิจกรรมที่ยุงยากและไม่มีคำชักจูงจะทำให้เกิดความสงสัยในความสามารถของตนเอง การเพิ่มความเชื่อของบุคคลในความสามารถของเขา การให้ตัวอย่างที่ผู้ทำแล้วเกิดความสำเร็จและควรวัดผลของความสำเร็จโดยวัดจากพัฒนาการมากกว่าการเอาชนะผู้อื่น

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)

เป็นการใช้สภาวะทางร่างกายและอารมณ์เพื่อตัดลึนความสามารถของเขา ซึ่งเขาจะประเมินว่าความเครียดและความเหนื่อยล้าของตนเองเป็นสิ่งบั่นทอนการแสดงพฤติกรรมตนเองให้ลดลง และการกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน โดยอารมณ์ทางบวกจะกระตุ้นการรับรู้ความสามารถ บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่นการอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดนอกจากนี้จะทำให้เกิดความกลัวและจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นมาก ก็จะทำให้บุคคลสามารถแสดงออกได้ ดังนั้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยลดความเครียดและเปลี่ยนอารมณ์ทางลบให้เป็นอารมณ์ทางบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้นอันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถของตนเองดีขึ้นด้วย

2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (Efficacy Activated Process) มีปัจจัย 4 ประการที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ ได้แก่

2.1 กระบวนการรู้คิด (Cognitive Processes)

ความเชื่อในความสามารถตนเองต่อกระบวนการรู้คิดนั้นได้มีรูปแบบที่หลากหลาย พฤติกรรมมนุษย์ถูกบังคับโดยการตั้งเป้าหมายที่มีค่านิยมเป็นตัวกำหนดและจากการประเมินความสามารถของตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถสูงจะมองว่าความสำเร็จจะเป็นแนวทางและจะช่วยสนับสนุนการกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ แต่บุคคลที่มีความไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองและมองภาพความล้มเหลวก่อนสิ่งอื่น ซึ่งจะทำให้เขาประสบความสำเร็จได้ยากโดยเฉพาะในขณะที่เขายังต้องสู้กับความสงสัยในตัวเองอยู่

หน้าที่สำคัญของความคิด คือ ช่วยให้บุคคลคาดเดาเหตุการณ์พัฒนาหนทางที่จะควบคุมสิ่งที่มีผลต่อวิถีชีวิตของเขา ทักษะดังกล่าว ต้องผ่านกระบวนการทางความคิดที่มีประสิทธิภาพที่สามารถจัดการกับข้อมูลข่าวสาร ที่กำกวมและไม่แน่นอน

2.2 กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes)

การจูงใจมนุษย์นั้นเกิดจากการรู้คิด บุคคลจะจูงใจตนเองและมีความคาดหวังในกิจกรรมที่ตนกระทำลงไป โดยการฝึกความคิดล่วงหน้าเขาจะสร้างความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถว่าจะทำอะไรได้ เขาจะคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมนั้นๆ เขาจะสร้างเป้าประสงค์เพื่อตนเองและวางแผนที่จะกระทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในอนาคต

แรงจูงใจจะขึ้นอยู่กับเป้าประสงค์ หรือมาตรฐานส่วนบุคคล จะถูกควบคุมโดย อิทธิพลของตนเอง 3 แบบ ได้แก่ ความพอใจ ความไม่พอใจตนเองในปฏิกิริยาที่มีต่อพฤติกรรมของ บุคคลอื่นและความสามารถของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ และการจัดการกับเป้าประสงค์ ส่วนตัวเสียใหม่ การเชื่อในความสามารถของตนเองจะมีผลต่อการจูงใจในหลายๆ ทาง เช่น การคาดเดา เป้าประสงค์ของคนอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมของเขา เขาจะต้องใช้ความพยายาม เขาจะต้องใช้ความ อุตสาหะจึงจะเผชิญความยากลำบากและการปรับตัวได้กับความล้มเหลวเมื่อเผชิญอุปสรรค บุคคล ที่ไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองจะมีความพยายามน้อยและยกเลิกกิจกรรมในเวลาไม่ช้า คนที่ มีความเชื่อในความสามารถตนเองจะมีความพยายามมากขึ้น เมื่อล้มเหลวและเป็นตัวแทนของความ ทำท้อ ให้เกิดความอุตสาหะที่เข้มแข็งและจะช่วยให้กระทำสำเร็จ

2.3 กระบวนการความรู้สึก (Affective Processes)

บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อความเครียดและความรู้สึกต่ำต้อย เมื่อเขาอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก หรือเป็นอันตราย เช่นเดียวกับระดับของแรงจูงใจและการรับรู้ ความสามารถตนเองที่จะเข้าควบคุมความเครียด ก็เป็นบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่า ตัวเขาสามารถควบคุมอันตรายได้ อันตรายนั้นๆ ก็จะไม่สามารถทำให้แบบแผนความคิดของเขา อ่อนแรง แต่ถ้าบุคคลที่คิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอันตรายได้ก็จะมี ความวิตกกังวลสูงบุคคล เหล่านี้ มีความอดทนต่ำ เขาจะมองสิ่งแวดล้อมของเขาว่าเต็มไปด้วยอันตราย เขาจะมองเห็นเหตุการณ์ ต่างๆ เหล่านี้ ร้ายแรงเกินจากความเป็นจริง และจะคิดอย่างไม่มีประสิทธิภาพนี้ทำให้เกิดความเครียด และลดระดับความสามารถของการรับรู้ความสามารถตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงได้ เช่นเดียวกับการเกิดความวิตกกังวล ดังนั้น ความรู้สึกในความสามารถตนเองมีมากเท่าไร บุคคลก็จะ สามารถทำกิจกรรมที่เป็นอันตรายได้

2.4 กระบวนการเลือกสรร (selection Processes)

ความเชื่อในความสามารถตนเองสามารถปรับแต่งให้เกิดขึ้น โดยมีอิทธิพลของ กิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เขาเลือก บุคคลจะหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่าเกิน ความสามารถของเขา แต่เขาพร้อมที่จะกระทำกิจกรรมที่ท้าทายและเลือกที่จะพิจารณาด้วยตัวเองว่า เขาสามารถจัดการกับการเลือกของเขา บุคคลจะก่อให้เกิดการแข่งขันต่างๆ กัน ความสนใจและ เครือข่ายทางสังคมที่ตัดสินใจการดำรงชีวิต ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม จะมีผลต่อทิศทางการ พัฒนาบุคลิกภาพ ทั้งนี้ เพราะสังคมมีอิทธิพลในการเลือกสิ่งแวดล้อม ที่จะส่งผลกระทบต่อ การส่งเสริมการแข่งขันที่มั่นคง ค่านิยม และความสนใจตรงเป้าหมายที่ตัวเขาทำการตัดสินใจจะกระทำ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลประโยชน์ในแง่ดีที่มีต่อความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Adaptive Benefits of Optimistic Self – Beliefs of Efficacy)

จากการศึกษาที่แสดงถึงความสำเร็จและความผาสุกนั้น คือ การต้องการความรู้สึกที่ดีต่อความสำเร็จของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากในสังคมนี้เต็มไปด้วยความแตกแยก ความคับข้องและความไม่เท่าเทียมกัน บุคคลจึงต้องมีความรู้สึกทางด้านความสามารถส่วนตัวที่เข้มแข็งเพื่อให้ความพยายามที่จะกระทำสำเร็จนั้นยั่งยืน เมื่อเผชิญกับอุปสรรคจะทำให้ลดความพยายาม

4. การพัฒนาและการฝึกหัดการมีความสามารถของตนเองตลอดชีวิต (Development of Self-Efficacy over the Lifespan)

Bandura (1977) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมิติ (Dimension) 3 มิติ คือ

1. มิติตามระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะต้องทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำ หรือขีดความสามารถจำกัดทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ การมอบหมายงานให้ทำกิจกรรมควรเป็นเรื่องที่ไม่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถ ควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

2. มิติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอนประการแรก คือ การมอบหมายรายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นระดับความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ประการที่สองให้ได้ซักถามถึงแนวทางรูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น

3. มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์นั้น ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

องค์ประกอบที่ 4 คุณภาพการตัดสินใจ (Decisional Balance)

การตัดสินใจที่จะนำสู่การปฏิบัติมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ของการตั้งใจไตร่ตรอง ให้นำหนักข้อดี ข้อเสีย ในการกระทำพฤติกรรมใหม่และสามารถตัดสินใจหาทางเลือกเพื่อเป็นทางการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่วางไว้บนพื้นฐานของจิตสำนึกการพิจารณาด้วยพินิจจากความรอบรู้ และประสบการณ์ในการประเมินทางเลือกและสามารถเลือกทางที่ดีที่สุดได้อย่างรอบคอบนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ได้ งานของ Bandura (1986) ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจได้ให้ความหมายว่าการตัดสินใจไม่ส่งผลใดๆ ต่อบุคคล ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคลทันที แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่าการประเมินตนเองก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที แต่การที่บุคคลจะตอบสนองต่อการตัดสินใจนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุในการกระทำของเขา และจะรู้สึกไม่พึงพอใจนักถ้าการกระทำนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก

ดังนั้นการตัดสินใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมใหม่มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ของการให้นำหนักกับประโยชน์ และผลเสีย จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่แสดงในรูปของผลทางบวกนั้น หมายถึง ความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ส่วนผลเสีย คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงในผลด้านลบ หมายถึง ความคิดที่เป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Burkholder and Nigg (2002) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวได้แก่

1. ความสัมพันธ์ของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Burkholder and Nigg (2002) กล่าวว่า Prochaska and Diclement ซึ่งเป็นผู้ที่พัฒนาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าความสัมพันธ์ของระยะการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ในแต่ละระยะดังนี้

1.1 ระยะก่อนการพิจารณา (Precontemplation) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มากของบุคคลในระยะนี้ ได้แก่ การปลุกจิตสำนึกหรือความตระหนัก ความสัมพันธ์แบบ

ช่วยเหลือ การประกาศอิสรภาพต่อสังคม ผู้ที่อยู่ในระยะก่อนการพิจารณาใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาเป็นประโยชน์ได้น้อยกว่าผู้ที่มีอยู่ในระยะอื่นๆ ของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.2 ระยะพิจารณา (Contemplation) วิธีการหลายอย่างที่ช่วยให้บุคคลที่อยู่ในระยะนี้มีความตระหนักมากที่สุดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเขาและมีวิธีที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้นบุคคลที่อยู่ในระยะนี้มักเลือกใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้ การปลุกจิตสำนึก การประเมินตนเอง การระบายความรู้สึก นอกจากนี้ การประกาศอิสรภาพของสังคมมีความสำคัญด้วยเช่นกัน เนื่องจากแรงกดดันทางสังคมสามารถนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

1.3 ระยะเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation) การประเมินตนเอง เป็นกลวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการช่วยให้บุคคลที่อยู่ในระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขา ส่วนการประกาศอิสรภาพตนเองและการเสริมแรงโดยการจัดการจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคคลที่อยู่ในระยะนี้เช่นเดียวกัน

1.4 ระยะปฏิบัติ Action) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถูกใช้มากที่สุดในระยะนี้ได้แก่ การประกาศอิสรภาพตนเอง การควบคุมสิ่งเร้า การเสริมแรงโดยการจัดการ การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมโดยการเสริมพฤติกรรมในทางบวก เช่น การใช้รางวัลกับบุคคลสำหรับการกระทำที่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลวิธีที่ถูกใช้ในระยะนี้

1.5 ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance) การประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง และความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการช่วยให้บุคคลที่อยู่ในระยะนี้สัญญาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะ ส่วนการเพิ่มความยาวนานของระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติสิ่งที่ต้องการของกระบวนการคือ การควบคุมสิ่งเร้า การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม การจัดการโดยการเสริมแรง ควรจะลดลงในระยะนี้

2. ความสัมพันธ์ของความเชื่อในความสามารถของตนเองกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Prochaska and Marcus (1993) กล่าวว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองจะมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ระยะก่อนการพิจารณาจะมีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และจะมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงที่สุดในระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

3. ความสัมพันธ์ของคุณภาพในการตัดสินใจกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Burkholder and Nigg (2002) กล่าวว่าลำดับความสัมพันธ์ของการให้น้ำหนักของการได้รับประโยชน์และได้รับผลเสียจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีอยู่ทั่วไปในลำดับแรงของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ ระยะก่อนพิจารณา ระยะพิจารณา ระยะเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าว คือ ระยะก่อนการพิจารณา บุคคลมีความเชื่อว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมาจากการได้รับประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาโรค ระยะเตรียมที่จะปฏิบัติบุคคลมีแนวโน้มของการให้น้ำหนักการได้รับประโยชน์และได้รับผลเสียเท่ากันอย่างไรก็ตาม บุคคลจะได้รับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น และการได้รับผลเสียลดลง จากกระแรงแป้สู่ระยะต่อไป บุคคลจะให้น้ำหนักของการได้รับประโยชน์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาน้อย ส่วนในระยะปฏิบัติและระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติจะให้น้ำหนักมากขึ้น ซึ่งในระยะดังกล่าว คุณภาพในการตัดสินใจไม่ได้ใช้ทำนายความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีหลักฐานยืนยันว่าการได้รับประโยชน์ลดลง และการได้รับผลเสียเพิ่มขึ้นของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นควรที่จะตั้งเป้าหมายในการให้บุคคลผ่านพ้นในระยะแรกๆ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความรู้เรื่องโภชนาการ

อาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งในการดำรงชีวิต ร่างกายจะเจริญเติบโตมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์เมื่อได้รับสารอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ไม่มีสารพิษวัตถุเจือปนในอาหาร สารปนเปื้อน สารปนปลอมที่อาจให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นอาหารจึงเป็นรากฐานของสุขภาพอนามัยของมนุษย์เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน และเพื่อให้ทุกคนเกิดการปฏิบัติกับการกินอาหารและในประเทศไทยมีการแบ่งอาหารหลักของคนไทยตามสารอาหาร โดยมีการรวมอาหารชนิดเดียวกันมาจัดไว้เป็นหมู่เดียวกัน เรียกว่า อาหารหลัก 5 หมู่

โภชนบัญญัติ 9 ประการ

โภชนบัญญัติ 9 ประการ คือ ข้อปฏิบัติในการกินอาหารของคนไทย 9 ประการ (ศัลยา, 2551) ดังนี้

1. การกินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัวกินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือ การกินอาหารหลายๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้สารอาหารต่างๆ ครบ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ โดยบริโภคอาหารชนิดต่างๆ ให้ได้วันละ 15-25 ชนิด และให้มีการหมุนเวียนกันไปในแต่ละวัน อาหารแต่ละชนิดประกอบด้วยสารอาหารหลายประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน น้ำและยังมีสารอื่นๆ เช่น ไฟเบอร์ ซึ่ง มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำงานได้ตามปกติ

2. กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารที่สำคัญที่ให้ พลังงาน สารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ ซึ่งเป็นข้าวที่ขัดสีแต่น้อยนั้น ถือว่าเป็นข้าวที่มีประโยชน์มากกว่าที่ขัดสีจนขาว เนื่องจากมีสารอาหารโปรตีนไขมัน ไฟเบอร์ แร่ธาตุและวิตามิน ในปริมาณสูงกว่าที่เรากินข้าวควบคู่ไปกับอาหารอื่นๆซึ่งประกอบไปด้วย เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ผัก ผลไม้ และไขมันจากพืชและสัตว์ จึงทำให้อวัยวะมีโอกาสได้รับสารอาหารอื่นๆ เพิ่มเติมและหลากหลาย การกินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้ง เป็นบางมื้อ พร้อมด้วยอาหารอื่น ที่หลากหลายครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนเหมาะสม และปริมาณที่เพียงพอ จึงเป็นสิ่งพึงปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดีและสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์

3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุรวมทั้งสารอื่นๆ ล้วนแต่มีความจำเป็น ต่อร่างกาย ที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี เช่น ไฟเบอร์ ช่วยในการขับถ่าย และนำคอเลสเตอรอล และสารพิษ ที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกายทำให้ลดการสะสมของสารเหล่านั้นนอกจากนั้น พืช ผัก ผลไม้ หลายอย่าง ให้พลังงานต่ำ หากกินให้หลากหลายเป็นประจำจะไม่ก่อให้เกิดโรคอ้วนและไขมันอุดตันในเส้นเลือดในทางตรงกันข้ามกลับลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งและโรคหัวใจ ผลการวิจัยล่าสุด พบว่า สารแคโรทีน และวิตามินซีในพืชผักและผลไม้ มีผลป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดและป้องกันมะเร็งบางประเภทประเทศไทยมีผักผลไม้ทั้งปี จึงควรส่งเสริมให้กินเป็นประจำทุกๆ วัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นที่ร่างกายต้องการวิตามินและแร่ธาตุ เพื่อใช้ในการเจริญเติบโต และเสริมสร้างให้ร่างกายทุกระบบ ทำงานได้เป็นปกติ เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และแข็งแรง จึงควรกินพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิดสลับกันไป ส่วนผลไม้ ควรกินเป็นประจำ สม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังกินอาหารแต่ละมื้อ และกินเป็นอาหารว่าง และควรกินพืชผัก ผลไม้ตามฤดูกาล

4. กินปลาเนื้อไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง งา เป็นประจำ ปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งโปรตีนที่ดี โปรตีนเป็นสารอาหาร ที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ เช่น ส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกัน โรคติดเชื้อ และให้พลังงานแก่ร่างกาย แหล่งอาหารที่ให้โปรตีนที่สำคัญได้แก่ ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไข่เป็นอาหารอีกชนิดที่มีโปรตีนสูงมีแร่ธาตุ และวิตามินที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ในเด็กควรกินไข่วันละฟอง ผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการปกติควรกินไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง ที่สำคัญ คือควรกินไข่ที่ปรุงให้สุกมีคุณค่าทางโภชนาการไม่แตกต่างกัน ถั่วเมล็ดแห้ง ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วลิสงเป็นต้น รวมไปถึงผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเมล็ดแห้ง ได้แก่ เต้าหู้ เต้าเจี้ยว น้านมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้และอาหารที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วกวน ขนมถั่วไส้ต่างๆ ควรกินถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำจะทำให้ ร่างกายได้สารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ถั่วยังให้พลังงานแก่ร่างกายได้อีกด้วย งา เป็นอาหารที่มีคุณประโยชน์ทางโภชนาการที่ให้ทั้งโปรตีน ไขมัน วิตามิน โดยเฉพาะวิตามินอี แคลเซียม จึงควรกินงาเป็นประจำ

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมเป็นอาหารที่เหมาะสม สำหรับเด็ก และผู้ใหญ่ ที่ประกอบไปด้วยแร่ธาตุที่สำคัญ คือแคลเซียมและฟอสฟอรัส ซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ยังมีโปรตีนน้ำตาลแลคโตส และวิตามินต่างๆ โดยเฉพาะวิตามินบี2 ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโตและทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ทำหน้าที่ปกติ นมมีหลายชนิดมีทั้งนมรสจืดและนมปรุงแต่งชนิดต่างๆ ซึ่งให้คุณค่าอาหารใกล้เคียงกันหญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ควรดื่มนม วันละ 1-2 แก้ว ควบคู่กับการออกกำลังกาย จะทำให้กระดูกแข็งแรง และชะลอการเสื่อมสลายของกระดูก นมที่ไม่ควรบริโภค ได้แก่ นมที่หมดอายุ นมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรคใดๆ ด้วยความร้อน นมที่กล่่งชำระหรือนมพาสเจอร์ไรซ์ที่ไม่ได้เก็บในตู้เย็น เมื่อเปิดกล่องกระดาษ หรือถุงบรรจุนมแล้วควรบริโภคให้หมด ถ้าไม่หมดให้ใส่ภาชนะที่สะอาด ที่มีฝาปิดมิดชิดและเก็บในตู้เย็น กรณีที่ซื้อนมเปรี้ยวชนิดดื่ม ควรเลือกชนิดที่ทำจากนมที่มีเนื้อมันในปริมาณสูง โดยให้ดูที่ข้างกล่องหรือขวดจะทำให้ได้คุณค่าทางอาหารใกล้เคียงนมสด ดื่มนมหลังอาหาร หรือดื่มนมถั่วเหลือง หรือเปลี่ยนเป็นดื่มนมโยเกิร์ตชนิดครีม ซึ่งจัดเป็นนมเปรี้ยวชนิดหนึ่ง นมเปรี้ยวมีจุลินทรีย์ที่ไม่เป็นอันตรายต่อคน และสามารถย่อยน้ำตาลแลคโตสในนมช่วยลดปัญหาท้องเดินหรือท้องอืดนมถั่วเหลืองหรือนมเต้าหู้เป็นผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเหลืองให้โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงดื่มได้เป็นประจำเช่นกัน

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ ให้พลังงาน และความอบอุ่นอาหารแทบทุกชนิดมีไขมัน เป็นส่วนประกอบมากน้อยแตกต่างกันไป ไขมันจากพืช และสัตว์ เป็นแหล่งพลังงานที่สูงให้กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกายช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลาย ในไขมันคือวิตามินเอ ดี อี และเค อย่างไรก็ตามปัจจุบันคนไทยกินไขมันมากกว่าในอดีตและมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น ในอนาคตการกินอาหารที่มีไขมันมากเกินไปทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มทำให้อ้วนและ เกิดโรคอื่นๆ ตามมา ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพจึงแนะนำให้จำกัดพลังงานที่ได้จากไขมันในอาหาร แต่ละวันอย่างมากที่สุดไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด ไขมันในอาหารมี ทั้งไขมันประเภทไขมันอิ่มตัว และไขมันไม่อิ่มตัว การได้รับไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลมาก เกินไปจะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ควรจำกัดปริมาณไขมัน อิ่มตัวและคอเลสเตอรอล สำหรับคอเลสเตอรอลมีในอาหารเนื้อสัตว์ทุกชนิดและมีมากในไข่แดง เครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับ อาหารทะเลบางประเภท เช่น ปลาหมึก หอยนางรม วิธีประกอบอาหาร มีส่วนทำให้ปริมาณไขมันในอาหารเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอาหารทอด ชุบแป้งทอด ทอดน้ำมัน ผัดและ อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ ถือว่าเป็นอาหารที่มีไขมันสูง จึงควรกินแต่พอควรแต่ไม่ควรงด อย่างเด็ดขาด เพื่อไม่ให้ร่างกายขาดไขมัน รวมทั้งของกินเล่น เช่น มันฝรั่งทอดกรอบจะมีไขมันสูง และมีสารอาหารอื่นน้อยมาก จึงควรประกอบอาหารโดยใช้วิธีต้ม นึ่ง บั๊ญ จะมีไขมันน้อยกว่า

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด การกินอาหารรสจัดจนเป็นนิสัย จะทำ ให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ รสอาหารที่มักเป็นปัญหา และก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมาก คือ รสหวาน จัด และเค็มจัด รสหวานจัดเป็นรสที่คนไทยชอบ อาหารที่กินเป็นประจำวัน ไม่ว่าจะป็นกับข้าว หรือขนม ก็ใส่น้ำตาล เพื่อเพิ่มรสให้อาหารและยังมีน้ำตาลแฝงมากับอาหารฟุ่มเฟือยอื่นๆ ที่ไม่ให้ ประโยชน์อะไรแก่ร่างกาย คือ น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม ลูกกวาด ท็อฟฟี่ เยลลี่ น้ำเชื่อม ตลอดจน ใช้น้ำตาล เติมน้ำชา กาแฟ โอวัลตินทำให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น การได้รับความหวานจากน้ำตาล อย่างพร่ำเพรื่อควรจำกัดพลังงานที่ได้จากน้ำตาลในแต่ละวันอย่างมากที่สุด ไม่เกินร้อยละ 10 ของ พลังงาน ที่ได้จากอาหารทั้งหมด และไม่ควรกินน้ำตาล เกินวันละ 40-55 กรัม หรือมากกว่า 4 ช้อน โตะต่อวันเพราะพลังงานที่ได้จากน้ำตาลส่วนเกินจะไปเก็บสะสมไว้ในร่างกายหากได้รับเป็นประจำมี แนวโน้มว่าจะเป็นโรคอ้วน ได้รสเค็มในอาหารไทยได้จากการเติมน้ำปลาและการใส่เกลือโซเดียม หรือเรียกง่าย ๆ ว่า เกลือแกงเครื่องปรุงรสที่ให้ความเค็มที่นิยมใช้กันคือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง ซีอิ้ว ขาว ซีอิ้วดำ เต้าเจี้ยว และยังใช้ในการถนอมอาหาร อาหารประเภทหมักดองนอกจากนี้เกลือ โซเดียม ยังแฝงมากับอาหารอื่นอีกเช่น ขนมอบกรอบ ขนมขบเคี้ยว ขนมอบฟู แบบฝรั่ง และผงชูรส ที่ใช้ใน การปรุงอาหาร การกินอาหารเค็มจัด ที่ได้จากเกลือโซเดียมหรือเกลือแกงมากกว่า 6 กรัมต่อวันหรือ มากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงจะยิ่งสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะคนที่ไม่ชอบกินผัก ผลไม้ หรือกินน้อย และกินอาหารรสเค็มจัด มีโอกาสเป็นมะเร็ง

กระเพาะอาหารด้วยดังนั้นการกินอาหารรสไม่จัด จึงเป็นผลดีต่อสุขภาพ ควรลดการเติมเครื่องปรุงรสที่ไม่จำเป็น และหันมากินอาหารแบบไทยเดิมของเราที่มีรสกลมกล่อม ไขมันละไม มีผักสมุนไพร และกับข้าวที่เป็นเครื่องเคียงทั้งที่ทำจากเนื้อสัตว์และผักต่างๆ ทำให้ได้รับอาหารสมดุลไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน เลือกกินอาหารที่สด สะอาด ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีเครื่องหมายรับรองคุณภาพมีกลิ่น รส และสีดี ตามธรรมชาติ เลือกอาหารที่ผ่านกระบวนการปรุงประกอบสุกโดยใช้ความร้อน โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ สำหรับผักผลไม้ ควรเลือกกินเฉพาะที่ผ่านการล้างให้สะอาดเท่านั้น สำหรับการปรุง ประกอบอาหารในครัวเรือนจะต้องคำนึง เกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารที่สด สะอาด มาปรุงประกอบ โดยคำนึงถึงหลัก 3 ป. คือ ประโยชน์ ปลอดภัย และประหยัดซึ่งจะนำมาล้างทำความสะอาด ก่อนจะนำไปปรุงประกอบ ตามหลัก 3 ส. คือ สุกเสมอ สงวนคุณค่าอาหาร สะอาดปลอดภัย สำหรับการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารถุง ควรเลือกซื้ออาหารจากร้านจำหน่ายอาหาร หรือแผงลอยที่ถูกสุขลักษณะ หรือเลือกอาหารปรุงสำเร็จที่ปรุงสุกใหม่มีการปกปิด ป้องกันแมลงวัน หรือบรรจุในภาชนะที่สะอาดและปลอดภัย

9. งดหรือลด เครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี กระแช่ ตลอดจนเครื่องดื่ม ทุกชนิด ที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประจำจะมีโทษ และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และสูญเสียชีวิต และทรัพย์สิน

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนซึ่งไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอหรือสร้างไม่ได้ หรืออินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญที่ผิดปกติทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ร่างกายใช้น้ำตาลกลูโคสไม่ได้ตามปกติ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดกับการกั้นน้ำตาลของไต(160-180 มก/ดล) ทำให้มีกลูโคสออกมาในปัสสาวะ จึงเรียกโรคนี้ว่า โรคเบาหวาน (วิทยา และ พันธุศาสตร์, 2541)

เบาหวาน (Diabetes mellitus: DM) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (Hyperglycemia) โดยตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 126 มิลลิกรัม/เลือด 100 เดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 180 มิลลิกรัม/เลือด 100 เดซิลิตร (วิทยา และ พันธุศาสตร์, 2541)

ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งเป็น 3 ชนิดใหญ่ คือ เบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานชนิดที่ 2 และเบาหวานที่เกิดขณะตั้งครรภ์ (ศัลยา, 2551)

เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes mellitus) มักเกิดกับเด็กหรือคนอายุน้อย (น้อยกว่า 30 ปี) ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เซลล์ตับอ่อนถูกทำลายโดยภูมิคุ้มกันตัวเอง (Auto-immune disease) อาการแรกพบมักจะรุนแรงและเกิดขึ้นโดยกะทันหัน น้ำตาลในเลือดสูงมากมีอาการปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ร่างกายมีการสลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ทำให้เกิดสารคีโตนซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดและเป็นพิษต่อร่างกายออกมาอยู่ในกระแสเลือด ทำให้เกิดการคั่งของสารคีโตนในเลือด (Diabetes Ketoacidosis or DKA) การรักษาจะต้องใช้ฮอร์โมนอินซูลินฉีดทดแทนทุกวันและควบคุมอาหารควบคู่กันไป ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะหมดสติและเสียชีวิตได้

เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes mellitus) พบบ่อยในผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป สาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ ความอ้วน (ทำให้ร่างกายมีแนวโน้มการเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน หรือ insulin resistance) วิธีการดำเนินชีวิตที่ขาดการออกกำลังกาย (sedentary life style) และความเครียด เมื่อเกิดอาการเริ่มแรก ตับอ่อนยังคงผลิตอินซูลินอยู่ แต่อินซูลินทำงานได้ไม่ดี ซึ่งตับอ่อนสามารถรับรู้ได้จากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งจะกระตุ้นตับอ่อนจะพยายามผลิตอินซูลินมากขึ้นเพื่อเคลื่อนย้ายน้ำตาลออกมาเลือดเข้าสู่เซลล์ เมื่อตับอ่อนทำงานหนักขึ้น อาจจะใช้เวลาเป็นปีหรือหลายปีสำหรับบางคน ตับอ่อนจะล้าและไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพออีกต่อไป เมื่อถึงจุดนี้ก็เป็นที่จะต้องฉีดอินซูลินเข้าไปทดแทน

เบาหวานที่เกิดขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes mellitus) เป็นเบาหวานที่เกิดในหญิงที่ไม่เคยมีประวัติเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 และเกิดระหว่างการตั้งครรภ์เท่านั้น หลังจากคลอดบุตรแล้วเบาหวานชนิดนี้จะหายไปเอง สาเหตุการเกิดเบาหวานชนิดนี้ไม่เป็นที่แน่นอน แต่นักวิจัยเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ ความอ้วน และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนระหว่างตั้งครรภ์

ระหว่างการตั้งครรภ์ ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนมาก ร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ เพราะหญิงตั้งครรภ์ต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น 2-3 เท่าจากปกติ เพื่อที่จะให้ร่างกายทำงานตามปกติภายใต้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอื่น จึงทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินในช่วงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจหาเบาหวานชนิดนี้ระหว่างสัปดาห์ที่ 24-28 ของการตั้งครรภ์

ข้อแตกต่างของเบาหวานชนิดนี้กับเบาหวานอีกสองชนิดคือเบาหวานขณะตั้งครรภ์มักจะหายได้เองหลังจากคลอดแล้ว แต่ผู้หญิงหลังคลอดที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ในภายหลัง หากไม่ระมัดระวังเรื่องน้ำหนักตัวและปล่อยให้อ้วนขึ้น เพราะผู้หญิงที่อ้วนก่อนตั้งครรภ์หรืออ้วนหลังคลอดจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นไปอีก การมีโภชนาการที่ดีร่วมกับการออกกำลังกายและลดน้ำหนักลงถ้าอ้วน จะช่วยป้องกันการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ในหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้อย่างเพียงพอ หรือร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้น้อยกว่าปกติ จึงไม่สามารถเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตรวมถึงโปรตีนและไขมันบางส่วนได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น หัวใจวาย ตาบอด ไตวาย อัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคติดเชื้อ เป็นต้น โดยมีสาเหตุดังนี้

1. กรรมพันธุ์พบว่าเป็นสาเหตุใหญ่ เมื่อเป็นแล้วจะถ่ายทอดไปยังลูกหลาน
2. อาหาร สิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการเกิดโรค ได้แก่ อาหาร โดยเฉพาะอาหารหวานจัดพวกที่มีกลูโคสจำนวนมากๆ เช่นขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม ผลไม้หวานๆ เป็นต้น
3. ความอ้วน ในคนอ้วนร่างกายจะมีความต้องการอินซูลินมากขึ้น เพราะปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไปมีมาก แต่อินซูลินจะมีปฏิกิริยากับเซลล์ไขมันได้น้อยลง ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้การติดเชื่อบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน เมื่อเป็นแล้วมักจะทำให้ตับอ่อนอักเสบและทำลายเบต้าเซลล์ซึ่งเป็นตัวผลิตฮอร์โมนอินซูลิน
4. การขาดการออกกำลังกาย จะทำให้ปฏิกิริยาตอบรับอินซูลินจากเซลล์ไขมันและกล้ามเนื้อทั่วไปดีขึ้น เนื่องจากมีจำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ (Insulin Receptor) ในเซลล์ไขมันและกล้ามเนื้อจะลดลงเป็นผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้
5. ความผิดปกติของฮอร์โมน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้เพราะต่อมที่ผลิตฮอร์โมนบางชนิดถ้าฮอร์โมนเหล่านี้มากจะทำให้ระดับน้ำตาลในโลหิตมากขึ้นตามไปด้วยจนเกิดอาการของโรคเบาหวาน ฮอร์โมนเหล่านี้ได้แก่ (Growth Homeone, Glucagon และ Thyroxin)

6. ความเครียด เมื่อมีความเครียดอย่างรุนแรงหรือมีความเครียดยาวนาน พบว่าร่างกายจะหลั่งฮอร์โมน (Cortisol และ Catecholamine) ออกมามาก ซึ่งจะทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้นผู้สูงอายุ ดับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง

7. ความผิดปกติที่ดื้ออ่อน ดื้ออ่อนเป็นอวัยวะของร่างกายที่ประกอบไปด้วยจำนวนของเบต้าเซลล์ซึ่งมีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) นำไปใช้เพื่อให้เกิดพลังงานทำให้ร่างกายนำไปใช้ไม่ได้ ความผิดปกติที่ดื้ออ่อนเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน ได้แก่ การขาดเบต้าเซลล์หรือจำนวนเบต้าเซลล์ลดลง อาจเกิดจากการที่ได้รับสารที่เป็นพิษต่อการเจริญเติบโตของเบต้าเซลล์ พบมากในเด็กที่มีอายุน้อย และ ในหญิงที่มีประวัติญาติพี่น้องเป็นเบาหวานและในเวลาตั้งครรภ์ ไม่ควรมีบุตรหลายคน เพราะในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งจะทำให้ร่างกายมีความคงทนต่อน้ำตาลลดลงและทำให้เป็นเบาหวานได้มากขึ้น

อาการของโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะบ่อยและครั้งละมากๆ กระหายน้ำ ดื่มน้ำบ่อยหรือกินข้าวจุ อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมักจะมาด้วยอาการปัสสาวะบ่อยและมาก ส่วนการรับประทานอาหารมาก พบได้น้อย น้ำหนักลด อ่อนเพลียพบได้บ่อยและพบอาการเวียนศีรษะตามัวร่วมด้วยบางครั้งอาการมักไม่ชัด บางรายอาจมาในระยะหลังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทตาหรือระบบหลอดเลือดเป็นผลเรื้อรังรักษาหายยาก

โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สุนทร, 2535) แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท

1. โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน (Acute Complication) เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากหรือสูงมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยหมดสติได้ และถ้าได้รับการช่วยเหลือไม่ทันอาจถึงแก่ชีวิตได้

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก./ดล. ผู้ป่วยจะมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หัวใจคึก เวียนศีรษะจนอาจเป็นลม และหมดสติได้ควรดื่มน้ำหวาน หรือ อมลูกอม แต่ถ้าไม่รู้สึกรู้สีกว่าให้วางน้ำตาลก้อนใต้ลิ้น ยกศีรษะสูงแล้วนำส่งโรงพยาบาล

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะบ่อย คอแห้ง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด น้ำตาลสูงเนื่องจากผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหารหรือไม่รับประทานยาหรือไม่ฉีดยาตามที่แพทย์สั่ง บางครั้งอาจเกิดจากการมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ได้รับความเครียด เป็นไข้ติดเชื้อมีแผลอักเสบ ถ้ามีความรุนแรงมากจนร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ระดับน้ำตาลในเลือดอาจสูงเกิน 500 มก./ดล. ทำให้เกิดอาการเฉียบพลัน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย จนถึงหมดสติบางรายซึมลงเรื่อยๆ และหมดสติไปถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นอันตรายถึงชีวิตดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของน้ำตาลสูงควรพบแพทย์ได้ก่อนกำหนดนัดเพื่อการแก้ไขที่ถูกต้อง

2. โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง (Chronic Complication) เป็นโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลินพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่ระบบหลอดเลือดหรือที่เนื้อเยื่อของอวัยวะนั้นๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น

2.1 พยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หลอดเลือดฝอย (Microvascular complication) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพบได้บ่อยที่ตาและไต เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ตาจะทำให้ตามัวจนถึงบอดได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษา ส่วนพยาธิสภาพที่ไต นั้นพบว่าเกิดได้ทั้งชนิดไตเสื่อมหน้าที่และไตอักเสบอย่างรุนแรง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นที่หลอดเลือดแดงขนาดต่างๆ (Macrovascular complication) โดยมีลักษณะเป็น Artherosclerosis อวัยวะที่พบมีการแสดงออกเป็นพยาธิสภาพ คือ หัวใจ สมอง ขาส่วนล่าง และเท้า (Intermittent claudication and gangrene)

2.2 พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทส่วนปลาย (Diabetes neuropathy) เช่น มือ เท้าผู้ป่วยมีอาการชา เจ็บป่วยเหมือนเข็มแทง หรือเป็นตะคริว

2.3 การติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อ (Misceliny) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากระดับน้ำตาลที่สูงอยู่นาน ได้แก่ ต้อกระจก อีกปัญหาหนึ่งสำคัญและเกิดบ่อยกับผู้ป่วยเบาหวาน คือ Diabetes foot อันเป็นผลรวมของพยาธิสภาพในรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นที่เท้าของผู้ป่วย ทำให้เกิดความพิการได้บ่อย

เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่นั้นสามารถทำได้โดยการตรวจน้ำตาลในเลือด และปัสสาวะซึ่งในการตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะนั้นอาจจะตรวจไม่พบว่าเป็นโรคเบาหวานไม่มากหรือในรายที่รุนแรงจนขีดกักกันของไตสูงขึ้น จึงจะตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะทั้ง ๆ ที่น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งในการวินิจฉัยว่าบุคคลหนึ่งจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่นั้นจะต้องพิจารณาจาก

การตรวจเลือด เพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด เจาะเลือดบริเวณข้อพับของแขนหรืออาจใช้เลือดแดงจากหลอดเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว โดยวินิจัย (ศัลยา, 2551) ดังนี้

1. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากการอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (โดยที่ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน) ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 มิลลิกรัมในเลือด 100 มิลลิลิตร
2. ระดับน้ำตาลในเลือดในเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยไม่ต้องอดอาหารมีค่าน้ำตาลในเลือดที่ตรวจพบสามที่เจาะหลอดเลือดดำ มีมากกว่า 200 มิลลิกรัมในเลือด 100 มิลลิกรัมเพียงครั้งเดียว ร่วมกันกับมีอาการของโรค

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามหรือรุนแรงขึ้นได้ ด้วยการช่วยให้เกิดความสมดุลระหว่างอินซูลินและระดับน้ำตาลในเลือด จุดมุ่งหมายที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวานนี้คือ ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตได้เช่นเดียวกับคนปกติ

สิ่งสำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารให้ดีขึ้นและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจนอยู่ในระดับอันตราย เมื่อตรวจพบเบาหวาน แพทย์อาจจะต้องฉีดอินซูลินเพื่อให้ระดับน้ำตาลเข้าสู่ภาวะปกติก่อนเปลี่ยนเป็นยากิน

การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารมีความสำคัญที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องตระหนักถึงการดูแลตนเอง ชูจิตร์ (2531) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมอาหารว่าผู้ป่วยเบาหวานทุกคนไม่ว่าจะอายุมากหรืออายุน้อยเพียงไร และไม่ว่าจะมีอาการของโรครุนแรงมากน้อยอย่างไร จำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภค สุรรัตน์(2528) ให้เหตุผลสนับสนุนเรื่องการควบคุมอาหารว่าปัจจุบันถึงจะมีความก้าวหน้าอย่างมากเกี่ยวกับความรู้และเทคโนโลยีของการสังเคราะห์ แต่การใช้ยาในปริมาณมากเกินไป อาจทำให้การควบคุมเบาหวานลำบากมากขึ้น ในขณะที่การควบคุมอาหารถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพจะช่วยให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น การควบคุมอาหารเบาหวานไม่เพียงแต่ช่วยในการควบคุมโรคเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ความรุนแรงของโรคช้าลง

การรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลดีนั้น อาหาร ยา ที่ได้รับและการออกกำลังกายต้องสมดุลกัน มิฉะนั้นการรักษาจะไม่ได้ผลเท่าที่ควร คือผู้ป่วยอาจมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำมากไปทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าปริมาณอาหารที่ได้ผู้ป่วยจะมีน้ำตาลในเลือดต่ำอาจหมดสติได้ หรือถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารมากกว่าขนาดของยาที่ได้ น้ำตาลในเลือดก็จะยังสูงอยู่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล และหากผู้ป่วยได้รับยาและอาหารในขนาดที่เหมาะสม แต่ผู้ป่วยออกกำลังกายใช้แรงมากไป ก็ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจนหมดสติได้เช่นกัน การรักษาโรคเบาหวานจึงต้องมีความสมดุลระหว่างอาหาร ออกกำลังกาย และยาที่ได้รับ

การวางแผนการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การควบคุมอาหาร เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน เพราะเป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดเป็นปกติ และควบคุมน้ำหนักตัว ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็นด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสำคัญต่อการเสริมความเชื่อมั่นความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในโปรแกรมการรักษาโรคของแพทย์ที่กำหนดให้ ต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค ตลอดจนการรักษาและการควบคุมอาหาร(สุรัตน์.2528) กล่าวว่าการให้ความรู้โภชนาการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะควบคุมอาหาร และติดตามผลการรักษาด้วยความกระตือรือร้นมากขึ้นการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดและ ไขมันในเลือดที่เกิดขึ้น จะช่วยให้การควบคุมอาหารมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ร่างกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่สามารถรับประโยชน์ของอาหารที่รับประทานเข้าไปได้เต็มที่ ผู้ป่วยจะต้องควบคุมทั้งปริมาณและคุณภาพของอาหารที่ได้รับ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ใช่สิ่งที่ซับซ้อนเหมือนเมื่อก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารประเภทแป้ง ปัจจุบันเราไม่จำกัดให้ผู้ป่วยรับประทานข้าวในปริมาณน้อยๆ ทรายไคที่ผู้ป่วยไม่อ้วน สิ่งที่ต้องการเน้นคือชนิดของคาร์โบไฮเดรตที่ดูดซึมได้ง่าย เช่น น้ำตาลทุกชนิด ในรูปของน้ำอัดลม น้ำผึ้ง น้ำผลไม้ น้ำตาลพวกนี้ดูดซึมได้เร็ว ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมาก ดังนั้นเป้าหมายการควบคุมอาหารในแต่ละวันคือ การได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายคือรับประทานอาหารไม่มากนักบ่อยๆในแต่ละมื้อแต่ละวัน โดยการควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปจะต้องการอินซูลินจำนวนมากและจำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ในเนื้อเยื่อต่างๆ น้อยลง การออกฤทธิ์ของอินซูลินในระดับเซลล์ผิดปกติไปเพราะความอ้วนจะทำให้ร่างกายเกิดคือต่อฤทธิ์ของอินซูลินมีผลทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่อ้วนเกินจึงสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ง่ายและดีขึ้น

เป้าหมายการควบคุมอาหารในแต่ละวันคือการได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารไม่มากไม่น้อย ในแต่ละมื้อแต่ละวัน ซึ่งการควบคุมอาหารของผู้ป่วยมี 2 วิธี

1. การควบคุมคุณภาพอาหาร ใช้สำหรับผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง เช่น การหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลในกาแฟ เครื่องดื่มหรืออาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวานต่างๆ ผลไม้เชื่อม น้ำผึ้ง ผลไม้กวน ผลไม้สดที่มีรสหวาน

2. การควบคุมปริมาณอาหาร ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง โดยการควบคุมปริมาณอาหารอย่างเคร่งครัด ฝึกใช้ตารางแลกเปลี่ยนอาหาร การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีปริมาณคงที่ทุกวัน เป้าหมายการควบคุมอาหารคือ การป้องกันไม่ให้อัตราน้ำตาลในเลือดสูงและการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดคงที่

ประเภทของอาหาร

สำหรับอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศัลยา. (2551) แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มแรก ควรหลีกเลี่ยงไม่ควรรับประทาน ได้แก่

1. อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบโดยตรง เช่น น้ำผึ้ง ทองหยิบ ทองหยอด
2. ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ละมุด ขนุน เงาะ ทูเรียน เป็นต้น
3. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และน้ำอัดลมน้ำหวานทุกชนิด

กลุ่มสอง ต้องจำกัดปริมาณ ได้แก่

1. อาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว เผือก มัน สาเก ข้าวโพด วุ้นเส้น
2. อาหารประเภทไขมัน เช่น มะพร้าว น้ำมันหมู อาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน
3. ผลไม้ที่มีรสหวานอ่อนๆ เช่น ส้ม มะละกอสุก

กลุ่มสาม รับประทานได้ไม่จำกัด

1. เนื้อสัตว์ที่ไม่มีมัน และปลา
2. เครื่องดื่มที่ไม่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ
3. เครื่องเทศต่างๆ ถั่วต่างๆ
4. ควรกินอาหารที่มีเส้นใยมากๆ เช่น ข้าวซ้อมมือ ผักทุกชนิด เม็ดแมงลัก

หลักเกณฑ์ในการกินอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ กินอาหารให้หลากหลาย เน้นการกินข้าวกล้อง พืชผักนานาชนิด ผลไม้ ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว ตลอดจนหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด และมันจัด

อาหารที่จะดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมเบาหวานจึงมีลักษณะเดียวกัน คือ เป็นอาหารธรรมชาติไม่แปรรูป หรือแปรรูปให้น้อยที่สุด อาหารมีกากใยมาก มีสารอาหารครบถ้วน สมดุล ฉะนั้นจะไม่มีกรกินแบบไม่ควบคุมทั้งในคนเป็นและไม่เป็นเบาหวาน ระวังเรื่องปริมาณ และชนิดของคาร์โบไฮเดรต เลือกอาหารที่ทำให้คุณต่อสุขภาพและสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนจะต้องลดน้ำหนัก

ผลกระทบจากการไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ศัลยา (2551) กล่าวถึงผลกระทบการไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไว้ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลัน เช่นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เกิดความยุ่งยากต่อตนเองและผู้ใกล้ชิดที่ต้องดูแลช่วยเหลือและโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ทำให้เกิดความพิการของอวัยวะ เช่น ตาบอด ถูกตัดแขน ขา กลายเป็นผู้พิการหรือผู้ไร้สมรรถภาพ

2. ด้านเศรษฐกิจ

2.1 สูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งของส่วนตัวและของรัฐบาล เช่น

- 2.1.1 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์
- 2.1.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 2.1.3 ค่ายา ได้แก่ ยารับประทานและอินซูลิน รวมทั้งอุปกรณ์ในการฉีด
- 2.1.4 ค่าอุปกรณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด / ปัสสาวะ
- 2.1.5 ค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 2.1.6 รัฐเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และการให้บริการทางการแพทย์
- 2.2 ขาดรายได้ประจำหรือขาดงาน

3. ด้านสังคมสมรรถภาพในการทำงานเสื่อมถอย ทำให้เป็นภาระต่อผู้ร่วมงานและผู้ใกล้ชิด เป็นภาระในการดูแลสำหรับญาติและผู้ใกล้ชิดเป็นภาระต่อบุคคลต่างๆ ในสังคมที่ต้องช่วยเหลือ ผู้เป็นโรคเบาหวาน

4. ด้านจิตใจ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายแต่ควบคุมให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ตลอดชีวิตและต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี

พิสมัย (2538) การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 124 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 62 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าทัศนคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การจัดโปรแกรมทางสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการนำแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้จำแนกกลุ่มเป้าหมายและกำหนดกิจกรรมสุขศึกษามีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ในทางที่ดีขึ้น

กุลวธรณ (2540) การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผลการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยทางสถิติ

ดวงเดือน (2543) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 95 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทั้งหมด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจการรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุจิตรา (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำรส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมกำรรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพฤติกรรมกำรส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมตามแผนการรักษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทุกตัวมีผลต่อพฤติกรรมกำรส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมตามแผนการรักษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ยกเว้นปัจจัยในเรื่องระยะเวลาการเจ็บป่วย ที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมกำรส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมตามแผนการรักษ พฤติกรรมกำรส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ พฤติกรรมในการพยายามลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

อยู่ในระยะเตรียมการและระยะก่อนซึ้งใจ ตามลำดับ ดังนั้นพฤติกรรมดังกล่าวควรได้รับการสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงให้ไปอยู่ในระยะปฏิบัติหรือระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

ศิริรัตน์(2551) การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ ของนักเรียน โรงเรียนสุเหร่าคลองสิบ สำนักงานเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร การศึกษาเกี่ยวกับ ระดับของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคผัก และผลไม้ ความเชื่อในความสามารถของตนในการบริโภคผักและผลไม้ คุณภาพในการตัดสินใจ ในการบริโภคผักและผลไม้ และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Boonchuaykuakul (2004) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์รูปแบบจำลองขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับกิจกรรมทางกายของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างที่ทำการ ศึกษาคือ นิสิตในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 1,464 คน เป็นชาย 846 คนและหญิง 618 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 17-26 ปี ผลการศึกษาพบว่า นิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์มีการกระทำกิจกรรม ทางกายอยู่ในระยะก่อนการพิจารณา จำนวน 287 คน ร้อยละ 19.6 อยู่ในระยะการพิจารณาจำนวน 319 คน ร้อยละ 21.8 อยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ จำนวน 647 คน ร้อยละ 44.2 อยู่ในระยะปฏิบัติ จำนวน 130 คน ร้อยละ 8.9 และอยู่ในระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ จำนวน 81 คน ร้อยละ 5.5 ซึ่งการศึกษา ปัจจัยของดัชนีมวลกาย เพศ มีความสัมพันธ์กับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

สุพจน์ (2543) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นการวิจัย กึ่งทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการป่วยเป็น โรคกับ

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย พบว่าระยะเวลาการป่วยเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นลิน(2544) ได้ศึกษา ครอบคลุมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันในระดับเสี่ยงปานกลาง อีกทั้งบทบาทของครอบครัวในการจัดการด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรค และความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าในระดับปานกลาง นอกจากนั้นยังพบว่า ความแตกต่างทางเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน

สุภาภรณ์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำด้าน โภชนาการ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคด้าน โภชนาการ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์พอใช้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรรายได้ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า การรับรู้ประโยชน์ สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 23.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ชิตติมา (2547) ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและสุ่มแยกกลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมพร (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทวัน (2550) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรปราการ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในด้านความร่วมมือในการใช้ยา การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้ป่วยจำนวน 165 ราย มีปัจจัยที่ศึกษา 11 ปัจจัย คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความร่วมมือในการใช้ยา เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน จำนวนโรคแทรกซ้อนชนิดของโรคแทรกซ้อน ทักษะการรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จากผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ไม่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใดที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การวิจัยนี้สรุปได้ว่าอายุและเจตคติเรื่องโรคเบาหวานสามารถทำนายระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ไม่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใดที่สามารถใช้ทำนายระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเภสัชกรควรให้ความรู้และสร้างเจตคติที่ดีต่อโรคเบาหวานให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เพื่อให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสม

ปริญภรณ์ (2550) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารต่อการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งทดสอบอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าวที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 265 คน ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยรวมอย่างสม่ำเสมอ ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบปกติพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์

และการรับรู้ อุปสรรคในการควบคุมอาหาร สามารถร่วม กันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 10.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

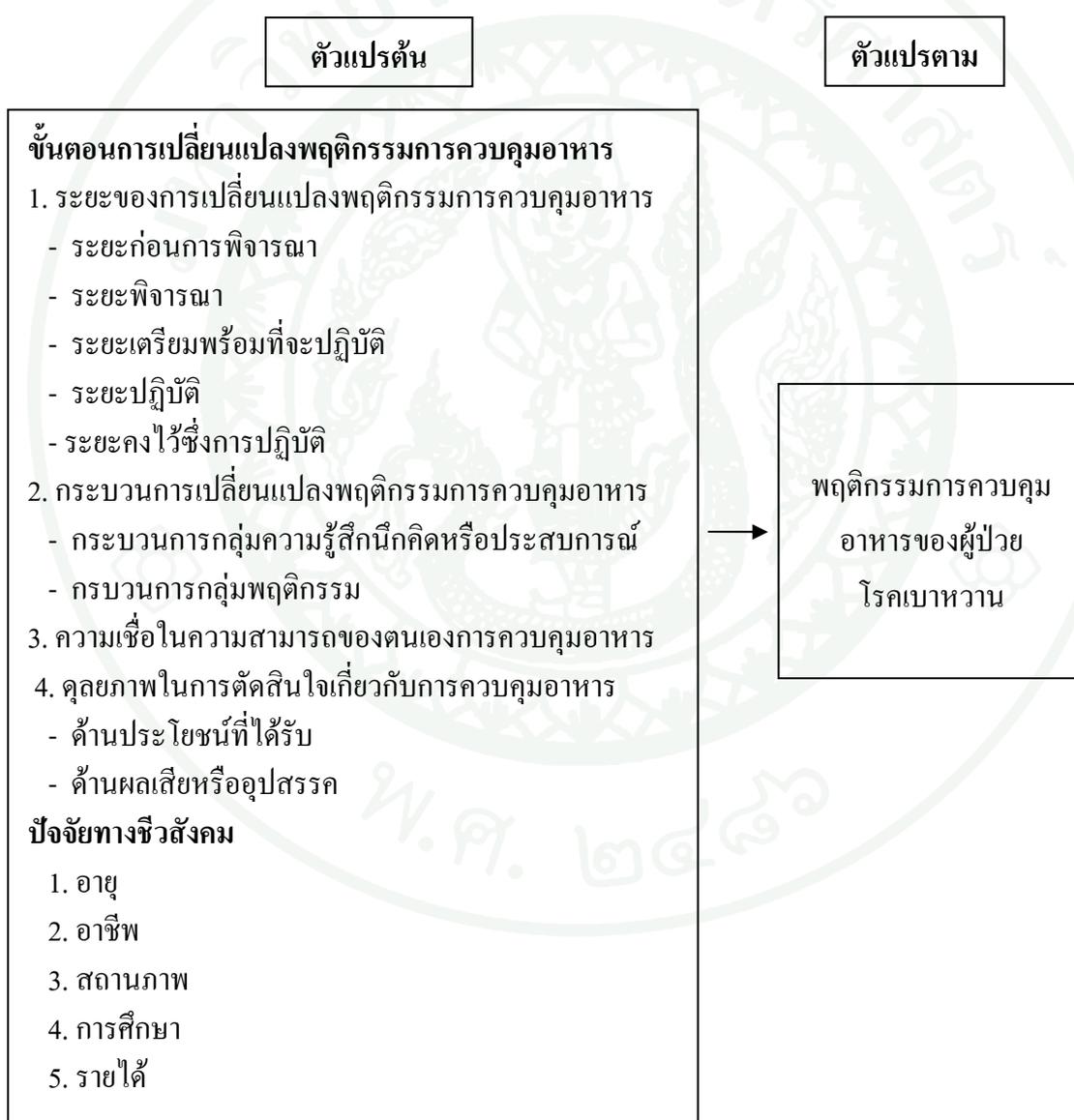
สุธิตา(2551) แนวทางการพัฒนาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการในสถานอนามัยตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ขาดความรู้ในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทักษะอยู่ในระดับต่ำ โดยเชื่อว่าเมื่อไม่มีอาการผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด

พิสมัย (2551) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดมุกดาหาร การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวมของพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพตนเองตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี พฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติมากที่สุด 3 ได้แก่ การรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อ และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้แก่ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคแทรกซ้อน และบุคคลที่มาดูแลเป็นประจำเมื่อเจ็บป่วย

อรทัย (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 4 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยทางชีวสังคม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากการทบทวนทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นมีหลายปัจจัย เช่น ความพร้อม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อในความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจนปัจจัยทางชีวสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้รูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การกำหนดสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม

สมมติฐานที่ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม

สมมติฐานที่ 3 ความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม

สมมติฐานที่ 4 คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม

สมมติฐานที่ 6 ปัจจัย อัน ได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

อุปกรณ์และวิธีการ

ในดำเนินการวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่ พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม โดยมีวิธีการวิจัย สถิติ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Discriptive Research) บรรยายรายละเอียด ที่ได้จากการศึกษาวิจัย ประเภทของการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัจจัยทางชีวสังคม และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม มีประวัติการเข้ารับการรักษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนมิถุนายน 2554 จำนวนทั้งสิ้น 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 ศึกษา ค้นคว้าทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคือ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แนวคิดรูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วกำหนดเนื้อหา ขอบเขตและ โครงสร้างของเนื้อหา และการสร้างแบบสอบถามตามโครงสร้างที่กำหนดให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย

1.2 เสนอแบบสอบถาม ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อตรวจสอบโครงสร้าง เนื้อหาสาระของเครื่องมือ ตลอดจนภาษาที่ใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดตัวแปรต่างๆ ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา และรายได้ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยให้เลือกตอบ (Check list) 5 ตัวเลือก และผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง น้อยมาก ไม่เคยเลย จำนวน 30 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน		ข้อความที่เป็นด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นด้านลบ (Negative Statement)
เป็นประจำ	มีคะแนน	5	1
บ่อย	มีคะแนน	4	2
บางครั้ง	มีคะแนน	3	3
น้อยมาก	มีคะแนน	2	4
ไม่เคยเลย	มีคะแนน	1	5

การประเมินระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ แบ่งระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยกำหนดช่วงการวัดดังนี้ (วิเชียร, 2538)

ระดับมาก	มีคะแนน	3.67-5.00
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	2.34-3.66
ระดับน้อย	มีคะแนน	1.00-2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ทำได้แน่นอน ทำได้ ไม่แน่ใจ ทำได้บ้าง ทำไม่ได้เลย จำนวน 18 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน		ข้อความที่เป็นด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นด้านลบ (Negative Statement)
ทำได้แน่นอน	มีคะแนน	5	1
ทำได้	มีคะแนน	4	2
ไม่แน่ใจ	มีคะแนน	3	3
ทำได้บ้าง	มีคะแนน	2	4
ทำไม่ได้เลย	มีคะแนน	1	5

การประเมินระดับของความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ แบ่งระดับของความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยกำหนดช่วงการวัดดังนี้ (วิเชียร, 2538)

ระดับมาก	มีคะแนน	3.67-5.00
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	2.34-3.66
ระดับน้อย	มีคะแนน	1.00-2.33

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง อาจจะ ไม่สำคัญเลย จำนวน 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน		ข้อความที่เป็นด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นด้านลบ (Negative Statement)
มากที่สุด	มีคะแนน	5	1
มาก	มีคะแนน	4	2
ปานกลาง	มีคะแนน	3	3
น้อย	มีคะแนน	2	4
น้อยที่สุด	มีคะแนน	1	5

การประเมินระดับของดุลยภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ แบ่งระดับของดุลยภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยกำหนดช่วงการวัด(วิเชียร, 2538) ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนน	3.67-5.00
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	2.34-3.66
ระดับน้อย	มีคะแนน	1.00-2.33

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง น้อยมาก ไม่เคยเลย จำนวน 30 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน		ข้อความที่เป็นด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นด้านลบ (Negative Statement)
เป็นประจำ	มีคะแนน	5	1
บ่อย	มีคะแนน	4	2
บางครั้ง	มีคะแนน	3	3
น้อยมาก	มีคะแนน	2	4
ไม่เคยเลย	มีคะแนน	1	5

การประเมินระดับของพฤติกรรมการควบคุมอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ แบ่งระดับของดุลยภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าสถิติคะแนนเฉลี่ยกำหนดช่วงการวัด(วิเชียร, 2538) ดังนี้

ระดับดี	มีคะแนน	3.67-5.00
ระดับปานกลาง	มีคะแนน	2.34-3.66
ระดับไม่ดี	มีคะแนน	1.00-2.33

2. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความสมบูรณ์ โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน (ภาคผนวก) ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคเบาหวาน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ และผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดรูปแบบจำลอง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ คือ ภาษาหรือประโยคที่ใช้ในข้อคำถามบางข้อที่ไม่ชัดเจน ข้อคำถามบางข้อไม่สอดคล้องกับทฤษฎีหรือเนื้อหา ข้อคำถามที่เป็น 2 ประเด็นให้เหลือ 1 ประเด็น

2.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น นำแบบวัดที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยงานอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 45 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นในแบบวัดประเมินค่าด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ด้วยวิธีของ Cronbach ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดดังนี้

แบบวัด	ค่าความเชื่อมั่น
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร	.80
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	.89
คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	.81
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	.78

2.3 นำผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบอีกครั้ง และนำไปใช้จริง

วิธีเก็บและรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับนายแพทย์กัมมมาล กุมาร ปาวา ผู้ประกอบการคลินิก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิก พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม
2. ติดต่อประสานงานกับผู้จัดการคลินิก เพื่อขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ประชุมชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย แก่ตัวแทนที่เก็บข้อมูล กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือให้มีตัวแทนเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชากรที่กำหนดไว้ และตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนออกจากพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รวบรวมแบบสอบถามที่ตอบแล้วของกลุ่มประชากรมาตรวจสอบการตอบคำถามที่สมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 250 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100
2. บันทึกข้อมูลที่ได้ลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ
3. วิเคราะห์ประมวลผลและสรุปผล ตามหลักสถิติ คือ
 - 3.1 ข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา และรายได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้ค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 3.2 ข้อมูลระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเชื่อในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำการวิเคราะห์โดยใช้ค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 3.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำการวิเคราะห์โดยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3.4 ความสัมพันธ์กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ความเชื่อในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำการวิเคราะห์โดยหลักสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3.5 ความสัมพันธ์ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษาและรายได้ กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำการวิเคราะห์ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3.6 ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายในการพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำการวิเคราะห์โดยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มาการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Discriptive Research) ประเภท การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม ตามกรอบแนวคิดรูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Transtheoretical Model) ได้แก่ ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการ ควบคุมอาหาร ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร คุณภาพในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา และรายได้ โดยศึกษาจากกลุ่มประชากรจำนวน 250 คน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญ คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s Product Correlation Coefficient) และสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบายโดยแบ่งการนำเสนอ ออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิก เวชกรรม

ตอนที่ 2 ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร คุณภาพ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยทางชีวสังคม

(N= 250)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
31-40 ปี	9	3.60
41-50 ปี	37	14.80
51-60 ปี	75	30.00
61 ปีขึ้นไป	129	51.60
2. อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน	126	50.40
ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	2	0.80
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	1.20
รับจ้างทั่วไป	58	23.20
ทำงานบริษัทเอกชน / โรงงาน	61	24.40
3. สถานภาพ		
โสด	23	9.20
หย่า / หม้าย / แยก	167	66.80
สมรส	60	24.00
4. การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	3.20
ประถมศึกษา	161	64.40
มัธยมศึกษา / ปวช.	52	20.80
อนุปริญญา / ปวส.	19	7.60
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	4.00
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,001 บาท	94	37.60
5,001 -10,000 บาท	119	47.60
10,001 -15,000 บาท	29	11.60
15,001 -20,000 บาท	4	1.60
20,001 -25,000 บาท	3	1.20
มากกว่า 25,001 บาท	1	0.40

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม ร้อยละ 51.6 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 66.8 หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 64.4 จบประถมศึกษา ร้อยละ 47.6 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 5,001–10,000 บาท

ตอนที่ 2 ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมอาหาร ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

1. ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ก่อนการพิจารณา (Precontemplation)

ระยะที่ 2 พิจารณา (Contemplation)

ระยะที่ 3 เตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation)

ระยะที่ 4 ปฏิบัติ (Action)

ระยะที่ 5 คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร

(N= 250)		
ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ก่อนการพิจารณา (Precontemplation)	4	1.60
พิจารณา (Contemplation)	88	35.20
เตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation)	113	45.20
ปฏิบัติ (Action)	32	12.80
คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance)	13	5.20

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม ร้อยละ 45.20 อยู่ในระยะเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ รองลงมา ร้อยละ 35.20 อยู่ในระยะพิจารณา

2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กระบวนการกลุ่มความรู้สึนึกคิดหรือประสบการณ์ (Cognitive/Experiential Processes) และ กระบวนการกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral Processes) ซึ่งอธิบายโดยภาพรวมได้ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร

(N= 250)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	150	60.00
ระดับปานกลาง	99	39.60
ระดับน้อย	1	0.40
$\mu = 2.85$ $\sigma = .855$		
กลุ่มความรู้สึนึกคิดหรือประสบการณ์ (Cognitive/Experiential Processes)		
ระดับมาก	199	79.60
ระดับปานกลาง	49	19.60
ระดับน้อย	2	0.80
$\mu = 3.98$ $\sigma = .530$		
กลุ่มกระบวนการกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral Processes)		
ระดับมาก	131	52.40
ระดับปานกลาง	116	46.40
ระดับน้อย	3	1.20
$\mu = 3.64$ $\sigma = .655$		

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ158 คลินิกเวชกรรม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารเป็นรายกลุ่ม พบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารกลุ่มความรู้สึนึกคิดหรือประสบการณ์ ร้อยละ 79.6 อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.98, \sigma = .530$) และกลุ่มกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารกลุ่มพฤติกรรม ร้อยละ 52.4 ในระดับมาก ($\mu = 3.64, \sigma = .655$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมอาหารจำแนกตามรายกลุ่ม รายด้านและรายข้อ

(N= 250)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมอาหาร	μ	σ	ระดับ
1. กระบวนการกลุ่มความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (Cognitive/Experiential Processes)			
1.1 การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising)			
1. ท่านแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องอาหาร ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	3.61	.997	ปานกลาง
2. ท่านค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน	3.94	2.720	มาก
3. ท่านพยายามแสวงหาวิธีการควบคุม อาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง	3.80	.899	มาก
รวม	3.78	1.538	มาก
1.2 การระบายความรู้สึก (Dramatic relief)			
1. ท่านรู้สึกกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากไม่ ควบคุมอาหาร	3.94	.921	มาก
2. ท่านรู้สึกกังวลเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น จากเดิม	4.02	.912	มาก
3. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกินกว่า 140 mg%	4.39	2.687	มาก
รวม	4.11	1.506	มาก
1.3 การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environment re-evaluation)			
1. ท่านควบคุมอาหารให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ	4.00	.853	มาก
2. ท่านควบคุมอาหารเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	3.97	.852	มาก
3. ท่านควบคุมอาหารเพื่อให้แพทย์ลดปริมาณยา ที่ท่านอยู่ให้น้อยลง	3.86	.815	มาก
รวม	3.94	.840	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(N= 250)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	μ	σ	ระดับ
1.4 การประเมินตนเอง (Self - re-evaluation)			
1. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานทุกชนิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	3.87	.811	มาก
2. ท่านควบคุมอาหารเพื่อให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง	4.13	.852	มาก
3. ท่านควบคุมอาหารเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ	4.04	.818	มาก
รวม	4.01	.827	มาก
1.5 การประกาศอิสรภาพต่อสังคม (Social-liberation)			
1. ท่านสังเกตเห็นว่าคนส่วนใหญ่รู้ดีว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	4.17	.819	มาก
2. ท่านทราบว่ามีคนจำนวนมากที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหาร	4.02	.914	มาก
3. ท่านสังเกตเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์จะพูดเสมอว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	4.29	.750	มาก
รวม	4.16	.827	มาก
รวมกระบวนการกลุ่มความรู้ที่นึกคิดและประสบการณ์	4.00	1.107	มาก
2. กระบวนการกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral Processes)			
2.1 การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self-liberation)			
1. ท่านตั้งใจไว้ว่าจะลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3.85	.928	มาก
2. ท่านสัญญากับคนใกล้ชิดว่าจะควบคุมอาหาร	3.36	1.228	ปานกลาง
3. ท่านตั้งใจว่าจะควบคุมอาหารตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	3.83	1.102	มาก
รวม	3.68	1.086	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(N= 250)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	μ	σ	ระดับ
2.2 การเสริมแรงโดยการจัดการ (Reinforcement management)			
1. ท่านจะมีรางวัลให้ตัวเองเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ตามที่ตั้งใจไว้	3.18	1.285	ปานกลาง
2. ท่านให้รางวัลกับตนเองเมื่อควบคุมอาหารได้สำเร็จ	3.12	1.202	ปานกลาง
3. ท่านให้กำลังใจตนเองเสมอในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	3.50	1.102	ปานกลาง
รวม	3.26	1.196	ปานกลาง
2.3 ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationships)			
1. บุคคลในครอบครัวชื่นชมและยินดีเมื่อท่านควบคุมอาหารได้สำเร็จ	3.54	1.127	ปานกลาง
2. ท่านมีคนใกล้ชิดคอยแนะนำหรือควบคุมการรับประทานอาหาร	3.39	1.201	ปานกลาง
3. ท่านมีคนใกล้ชิดคอยเตือนเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	3.49	1.190	ปานกลาง
รวม	3.47	1.172	ปานกลาง
2.4 การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter – conditioning)			
1. ท่านเลือกรับประทาน ผลไม้ไม่หวาน แทนขนมหวาน	3.79	.913	มาก
2. ท่านรับประทาน ผลไม้ที่รสไม่หวานแทนผลไม้ที่มีรสหวาน	3.75	.847	มาก
3. ท่านดื่มน้ำเปล่า แทน น้ำหวานทุกชนิด	3.75	.847	มาก
รวม	3.76	.869	มาก
2.5 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control)			
1. ท่านเลือกซื้อผักเก็บไว้ในบ้านพร้อมที่จะรับประทาน	3.76	.986	มาก
2. ท่านซื้อผลไม้ที่ไม่หวานเก็บไว้ในบ้านเพื่อไว้รับประทาน	3.63	.995	ปานกลาง
3. ท่านไม่ซื้อขนมหวานเก็บไว้ในบ้าน	4.03	.992	มาก
รวม	3.80	.991	มาก
รวมกระบวนการกลุ่มพฤติกรรม	3.59	1.062	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	3.79	1.084	มาก

จากตารางที่ 4 โดยภาพรวมพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.79$ $\sigma = .084$) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดทั้งกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร กลุ่มความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ กับ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร กลุ่มพฤติกรรม พบว่ามีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางกลุ่มความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.00$ $\sigma = 1.107$) และเมื่อพิจารณากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารเป็นรายด้าน พบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารกลุ่มความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ อยู่ในระดับสูงสุดได้แก่ การประกาศอิสรภาพต่อสังคม ($\mu = 4.16$ $\sigma = .827$) ส่วนประเด็นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารกลุ่มพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงสุดได้แก่ การควบคุมสิ่งเร้า ($\mu = 3.80$, $\sigma = .991$)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

(N= 250)

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	155	62.00
ระดับปานกลาง	89	35.60
ระดับน้อย	6	2.40

$\mu = 3.78$, $\sigma = .550$

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม ร้อยละ 62 มีความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอยู่ในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 35.6 มีความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.78$, $\sigma = .550$)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความเชื่อในความสามารถของตนเอง
เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

(N = 250)

ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	μ	σ	ระดับ
1. แม้ว่าจะต้องกินอาหารร่วมกับผู้อื่นที่ไม่ต้องควบคุมอาหาร เช่นเดียวกับท่าน ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมอาหารได้สำเร็จ	3.86	.775	มาก
2. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงอาหารรสหวานได้ถึงแม้จะรู้สึกอยากกิน	3.92	.917	มาก
3. แม้ว่าจะต้องเดินทางบ่อยๆท่านมั่นใจว่าจะควบคุมอาหารได้	3.82	.862	มาก
4. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานได้ถึงแม้จะชอบดื่ม	3.79	.921	มาก
5. ท่านมั่นใจว่าจะเลือกทานผลไม้รสไม่หวานแทนขนมหวานได้ ถึงแม้จะชอบกิน	3.76	.863	มาก
6. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงกินอาหารที่ชอบได้ หากอาหารนั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพ	3.74	.849	มาก
7. ถึงแม้ว่าน้ำตาลในเลือดจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ท่านก็จะควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง	3.95	.827	มาก
8. ถึงแม้จะต้องเป็นคนเตรียมอาหาร ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมกินอาหารให้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้	3.87	.796	มาก
9. ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการควบคุมอาหาร	3.83	.804	มาก
10. การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่คนอื่นมองว่าปฏิบัติยาก แต่ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมอาหารได้	3.89	.771	มาก
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอาหารได้ ถึงแม้จะรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้	3.74	.863	มาก
12. ถึงแม้ท่านจะต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อยๆท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอาหารได้	3.68	.907	มาก
13. ถึงแม้จะไม่มีใครคอยตักเตือน ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมอาหารได้	3.78	.891	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(N = 250)

ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	μ	σ	ระดับ
14. ท่านมั่นใจว่า จะควบคุมอาหารได้ ถึงแม้จะปฏิบัติเพียงคนเดียว	3.71	.890	มาก
15. ถึงแม้จะอยากกินมาก ท่านมั่นใจ ว่าจะควบคุมกินอาหารหวานได้	3.66	.817	ปานกลาง
16. ท่านมั่นใจว่าจะชวนเพื่อนให้ควบคุมอาหารได้ เช่นเดียวกับตัวท่านเอง ถึงแม้จะเป็นเรื่องยาก	3.49	1.003	ปานกลาง
17. ถึงแม้สิ่งแวดล้อมจะไม่เอื้อต่อการควบคุมอาหาร ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอาหารได้	3.75	.842	มาก
18. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่ม ที่มีรสหวานได้ ถึงแม้ท่านจะอยากดื่ม	3.88	.848	มาก
รวม	3.78	.858	มาก

จากตารางที่ 6 โดยภาพรวมพบว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.78$ $\sigma = .858$) และเมื่อแยกพิจารณาความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม มีความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ ถึงแม้น้ำตาลในเลือดจะอยู่ในเกณฑ์ปกติท่านก็จะควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง มี ($\mu = 3.95$ $\sigma = .827$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยภาพรวม

(N= 250)

คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	184	73.60
ระดับปานกลาง	65	26.00
ระดับน้อย	1	0.40
$\mu = 3.89 \quad \sigma = .464$		
คุณภาพในการตัดสินใจทางด้านประโยชน์ที่ได้รับ		
ระดับมาก	218	87.20
ระดับปานกลาง	30	12.00
ระดับน้อย	2	0.80
$\mu = 4.19 \quad \sigma = .503$		
คุณภาพในการตัดสินใจทางด้านผลเสียหรืออุปสรรค		
ระดับมาก	133	53.20
ระดับปานกลาง	99	39.60
ระดับน้อย	18	7.20
$\mu = 3.59 \quad \sigma = .743$		

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม ส่วนใหญ่มีคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.6 ($\mu = 3.89, \sigma = .464$) เมื่อพิจารณาคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารรายด้าน พบว่าคุณภาพในการตัดสินใจทางด้านประโยชน์ที่ได้รับ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.2 ($\mu = 4.19, \sigma = .503$) และคุณภาพในการตัดสินใจทางด้านผลเสียหรืออุปสรรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.2 ($\mu = 3.59, \sigma = .743$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารจำแนกรายข้อ

(N = 250)

คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	μ	σ	ระดับ
1. ด้านประโยชน์ที่ได้รับ(Pros)			
1.1 การควบคุมอาหารเป็นประจำจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	4.27	.703	มาก
1.2 การควบคุมการรับประทานอาหารเป็นประจำจะทำให้สุขภาพดีขึ้น	4.28	.733	มาก
1.3 ควบคุมอาหารช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	4.13	.781	มาก
1.4 หากควบคุมอาหารไม่จะทำให้มีอ้วนเท่าๆ	4.24	.841	มาก
1.5 การควบคุมอาหารไม่ได้สร้างความลำบากใจให้กับท่าน	4.07	1.015	มาก
รวม	4.19	.814	มาก
2. ด้านการได้รับผลเสียหรืออุปสรรค(Cons)			
2.1 การควบคุมอาหารจะทำให้ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเพิ่มขึ้น	3.12	1.378	ปานกลาง
2.2 ท่านยังไม่มีสมาธิจำเป็นต้องเริ่มควบคุมอาหาร	3.62	1.164	ปานกลาง
2.3 การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่น่าเบื่อ	3.80	1.027	มาก
2.4 การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญเพราะท่านกินยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด	3.62	1.291	ปานกลาง
2.5 การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ท่านยังไม่พร้อมที่จะปฏิบัติ	3.82	1.037	มาก
รวม	3.59	1.179	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	3.89	.996	มาก

จากตารางที่ 8 พิจารณาโดยภาพรวมแล้ว พบว่า คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.89$, $\sigma = .996$) เมื่อแยกพิจารณารายด้านและรายข้อของคำถามคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารทางด้านประโยชน์ที่ได้รับพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม มีค่าเฉลี่ยการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารทางด้านประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหารเป็นประจำจะทำให้สุขภาพดีขึ้น ($\mu = 4.28$, $\sigma = .733$)

คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารทางด้านผลเสียหรืออุปสรรคพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม มีค่าเฉลี่ยการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารผลเสียหรืออุปสรรคอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ทํานยังไมพร้อมที่จะปฏิบัติ ($\mu = 3.82, \sigma = 1.03$)

พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

(N = 250)

ระดับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	110	44.00
ระดับปานกลาง	138	55.20
ระดับน้อย	2	0.80

$\mu = 3.55, \sigma = .430$

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.2 รองลงมา มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระดับมาก ร้อยละ 44.0 ($\mu = 3.55, \sigma = .430$)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการควบคุมอาหารจำแนกรายข้อ

(N = 250)

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	μ	σ	ระดับ
1. ทานข้าวน้อยกว่า 6 ทัพพีต่อวัน	3.86	1.321	ดี
2. ทานขนมปัง คุกกี้ เบเกอรี่ เป็นอาหารว่าง	3.43	.921	ปานกลาง
3. ทานข้าวกล้อง แทน ข้าวขาว	2.00	1.167	ไม่ดี
4. ทานเผือก มัน ข้าวโพดเป็นอาหารว่าง	3.49	.879	ปานกลาง
5. ทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ	2.99	1.064	ปานกลาง
6. ทานอาหารในปริมาณที่เท่าๆกันทุกมื้อ	3.51	1.023	ปานกลาง
7. ทานผลไม้ที่มี รสหวาน เช่น ละครุด ทุเรียน ขนุน ลำไย ลิ้นจี่	4.04	.915	ดี
8. ทานผลไม้รสไม่หวาน เช่น ฝรั่ง ชมพู แอปเปิ้ล	3.55	1.116	ปานกลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

(N = 250)

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	μ	σ	ระดับ
9. ทานผลไม้แช่แข็ง	3.69	1.005	ดี
10. ทานอาหารแปรรูป เช่น กล้วยฉาบ มันฉาบ	3.82	.962	ดี
11. ทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานรวมกัน วันละประมาณครึ่งกิโลกรัม	3.02	1.175	ปานกลาง
12. ทานผลไม้เชื่อม เช่น กล้วยเชื่อม ผลไม้กระป๋อง	3.84	.877	ดี
13. ดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น น้ำส้มคั้น น้ำอ้อย น้ำตาลสด	3.92	.922	ดี
14. ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น สปอร์นเซอร์ เอ็ม150 กระทั่งแดง	4.28	.894	ดี
15. ดื่มนมกาแฟ โอวัลติน ไมโล โอเลี้ยง	3.10	1.370	ปานกลาง
16. ดื่มนมรสจืด น้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล	2.68	1.320	ปานกลาง
17. ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม	4.23	.818	ดี
18. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.51	.741	ดี
19. ทานขนมหวานเช่น ทองหยิบ ทองหยอด มากกว่าครั้งละ 1-2 เม็ด	4.17	1.012	ดี
20. เลือกใช้สารทดแทนความหวานแทนน้ำตาล	2.19	1.456	ไม่ดี
21. เติมน้ำตาลในอาหาร เช่น ผักไท ก้วยเตี่ยว	2.87	1.263	ปานกลาง
22. ทานขนมหวานหรือผลไม้หลังมื้ออาหาร	3.42	1.007	ปานกลาง
23. หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน	3.70	.937	ดี
24. หลีกเลี่ยงการรับประทานประเภทเชื่อมหรือกวน เช่น มะม่วงกวน มันเชื่อม	3.78	1.142	ดี
25. ทานขนมกรอบ เช่น ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง	4.17	.913	ดี
26. ทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ปลากระป๋อง มาม่า	3.82	.968	ดี
27. เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ในข้าวก่อนรับประทาน	3.82	1.094	ดี
28. ทานอาหารประเภทหมัก ดอง	3.89	.911	ดี
29. ทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาทุเค็ม ไข่เค็ม ปลาเค็ม	3.68	1.010	ดี
30. ทานผลไม้จิ้มพริกเกลือหรือน้ำปลาหวาน	3.28	1.090	ปานกลาง
รวม	3.55	1.040	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu=3.55$, $\sigma=1.04$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อของพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี ได้แก่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($\mu = 4.5$, $\sigma = .74$)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 คือ ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ตารางที่ 11 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(N = 250)

ระยะการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการควบคุม อาหาร	ระดับพฤติกรรมการควบคุม อาหาร			รวม	χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
ระยะก่อนการพิจารณา	1 (0.40)	3 (1.20)	0 (0.0)	4 (1.60)		
ระยะพิจารณา	30 (12.00)	58 (23.20)	0 (0.0)	88 (35.20)		
ระยะเตรียมความ พร้อมที่ปฏิบัติ	57 (22.80)	56 (22.40)	0 (0.0)	113 (45.20)	6.488	.166
ระยะปฏิบัติ	16 (6.40)	16 (6.40)	0 (0.0)	32 (12.80)		
ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ	6 (2.40)	7 (2.80)	0 (0.0)	13 (5.20)		
รวม	110 (44.00)	140 (56.00)	0 (0.0)	250 (100)		

*** p < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 6.488, $df=4$) เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 2 คือกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร โดยรวมทุกด้านกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(N = 250)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(p)	
	พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	p-value
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	-.206**	.001

**P<.05

จากตารางที่ 12 พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 3 คือ ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(N = 250)

ความเชื่อในความสามารถของตนเอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(p)	
	พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	p-value
ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร	.083	.189

**P<.05

จากตารางที่ 13 พบว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.083$) เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 คือ คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(N = 250)

คุณภาพในการตัดสินใจ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(p)	
	พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	p-value
คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร	.440**	.000

**P<.05

จากตารางที่ 14 พบว่า คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

สมมติฐานที่ 5 คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิก เวชกรรม ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมการควบคุมอาหาร			รวม	χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. อายุ				48.803	.135	
31-40 ปี	4 (1.60)	5 (2.00)	0 (0)	9 (3.60)		
41-50 ปี	17 (6.80)	20 (8.00)	0 (0)	37 (14.80)		
51-60 ปี	30 (12.00)	45 (18.00)	0 (0)	75 (30.00)		
61 ปีขึ้นไป	59 (23.60)	70 (28.00)	0 (0)	129 (51.60)		
2. อาชีพ				7.959	.093	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน	50 (20.00)	76 (30.40)	0 (0)	126 (50.40)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (0.80)	0 (0.00)	0 (0)	2 (0.80)		
ทำงานบริษัทเอกชน/ โรงงาน	0 (0)	3 (1.20)	0 (0)	3 (1.20)		
ค้าขาย/ ประกอบอาชีพส่วนตัว	31 (12.40)	27 (10.80)	0 (0)	58 (23.20)		
รับจ้างทั่วไป	27 (10.80)	34 (13.60)	0 (0)	61 (24.40)		

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมการควบคุมอาหาร			รวม	χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
					(N = 250)	
3. สถานภาพ					7.926	.002
โสด	14 (5.60)	9 (3.60)	0 (0)	23 (9.20)		
สมรส	78 (31.20)	89 (35.60)	0 (0)	167 (66.80)		
หม้าย/หย่า/แยก	37 (14.80)	23 (9.20)	0 (0)	60 (24.00)		
4. การศึกษา					21.045	.000
ไม่ได้เรียน	0 (0)	8 (3.20)	0 (0)	8 (3.20)		
ประถมศึกษา	67 (26.80)	94 (37.60)	0 (0)	161 (64.4)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	34 (13.60)	18 (7.20)	0 (0)	52 (20.80)		
อนุปริญญา/ปวส.	7 (2.80)	12 (4.80)	0 (0)	19 (7.60)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7 (2.80)	3 (1.20)	0 (0)	10 (4.00)		
5. รายได้					26.939	.000
<5,000 บาท	24 (9.60)	70 (0.28)	0 (0)	94 (37.60)		
5,001-10,000 บาท	92 (36.80)	27 (10.80)	0 (0)	119 (47.60)		
10,001-15,000 บาท	12 (4.80)	17 (6.80)	0 (0)	29 (11.60)		
15,001-20,000 บาท	1 (0.40)	3 (1.20)	0 (0)	4 (1.60)		
20,001-25,000 บาท	1 (0.40)	2 (0.80)	0 (0)	3 (1.20)		
>25,001 บาท	1 (0.40)	0 (0.00)	0 (0)	1 (0.40)		

**P<.05

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม พบว่า

อายุ อาชีพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 5 ในตัวแปร อายุ อาชีพ

สถานภาพ การศึกษา รายได้ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 5 ในตัวแปร สถานภาพ การศึกษา รายได้

สมมติฐานที่ 6 คือ ปัจจัย อันได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับควบคุมอาหาร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรมได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

(N = 250)

ตัวแปรทำนาย	R	R ²	R ² Change	F	p-value
คุณภาพในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	.440	.194	-	59.662	.000
คุณภาพในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	.449	.249	.055	40.869	.000

จากตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยใช้วิธีการเพิ่มขึ้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .194 หมายถึง คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสามารถพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม ได้ร้อยละ 19.40

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่สองและเพิ่มความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม ร้อยละ 5.5 (R^2 Change = .055) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ R^2 เพิ่มขึ้นเป็น .249 ซึ่งหมายถึง คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม ได้ร้อยละ 24.90

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEb) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าคงที่ ของสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

(N = 250)

ตัวแปรทำนาย	B	SEb	Beta	p-value
Constant	1.969	.207	-	.000
คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	.408	.053	.440	.000
Constant	2.641	.255	-	.000
คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	.421	.051	.455	.000
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	-.190	.045	-.234	.000

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปมาตรฐาน (Beta) พบว่า

คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = .440

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมีความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = -.234

สมการถดถอยที่ใช้ในการพยากรณ์ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร = $2.641 + .421$ (คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร) + $-.190$ (กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร = $.440 + .455$ (คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร) + $.234$ (กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานทั้งหมด โดยสรุปแต่ละสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 1 พบว่า ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 2 พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 3 ความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 3 พบว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 4 พบว่า คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 5 พบว่า สถานภาพ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 5 อันในตัวแปร สถานภาพ การศึกษา รายได้ และพบว่า อายุ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 5 ในตัวแปร อายุ อาชีพ

สมมติฐานที่ 6 ปัจจัย อันได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนเอง คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6 พบว่า การใช้ตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร ได้แก่ คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58

คลินิกเวชกรรม ได้ศึกษาการทำนายด้วยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 6

ข้อวิจารณ์

ผลการวิจัยได้ค้นพบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

จากการศึกษา ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา พบว่า

สถานภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ทั้งนี้เนื่องจาก แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยและสนับสนุนพร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย ในการสร้างพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา (2543) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคเบาหวานสามารถแสวงหาได้ตามสื่อต่างๆ มากมายไม่ว่าจะเป็นเอกสารความรู้ หนังสือ โทรทัศน์ หรืออินเทอร์เน็ต ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่างกันก็มีส่วนทำให้การเข้าถึงสื่อข้อมูลความรู้ต่างๆ เพื่อหาความรู้ได้อย่างแตกต่างกัน ไม่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นลิน(2544) ศึกษาครอบครัวกับการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มิรายได้น้อย

อาจมีข้อจำกัดในการเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรคเบาหวาน เนื่องจากมีความจำเป็นต้องซื้ออาหารในแต่ละครั้งตามความเหมาะสมของรายได้ที่ตนเอง เช่น การเลือกทานข้าวขาวแทนข้าวกล้อง การเลือกซื้อน้ำตาลแทนสารทดแทนความหวาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา (2543) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก ในสังคมปัจจุบันคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นวัยเด็กวัยผู้ใหญ่หรือวัยผู้สูงอายุ มีวิถีดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ซึ่งทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ง่ายขึ้น และสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานที่พบมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงของการบริโภคทั้งด้านปริมาณและคุณภาพทางโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงจากการรับประทานประเภทผักหรืออาหารที่มีกากใยน้อยมาแต่รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น เช่น อาหารประเภทสะดวกซื้อ อาหารจานด่วน ฯลฯ ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นคนกลุ่มอายุใด ก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียในลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นลิน (2544) ศึกษาครอบครัวกับการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพจน์ (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารและไม่สอดคล้องกับ นันทวัน (2550) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทำนาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาชีพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวช พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก ในสังคมปัจจุบันคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีอาชีพอะไรมักจะประกอบภารกิจด้วยความเร่งรีบ และไม่ค่อยมีเวลาในการที่จะประกอบอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการเพื่อรับประทาน จึงจำเป็นต้องเลือกรับประทานอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารจานด่วนเพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นคนอาชีพอะไรก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นลิน (2544) ศึกษาครอบครัวกับการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา (2543) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิจัย พบว่า ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาโดยละเอียด พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม มีระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มระยะก่อนการพิจารณา ระยะพิจารณา ระยะเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ เป็นระยะกลุ่มที่ไม่ควบคุมอาหาร ร้อยละ 82 จึงมีผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากในชุมชนมีร้านอาหารเปิดให้บริการหลายร้าน มีอาหารที่หลากหลายชนิด จึงทำให้ผู้ป่วยเลือกซื้ออาหารมารับประทานได้สะดวก และด้วยสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาหารเพื่อรับประทานเองตามคำแนะนำของแพทย์ จึงไม่สามารถที่จะควบคุมปริมาณและคุณภาพอาหารให้ถูกหลักโภชนาการทำให้ไม่สามารถพัฒนาตนเองให้ไปอยู่ในระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ไม่ค่อยดี ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะต้นๆ จะมีการประกอบพฤติกรรมน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะต่อมา

3. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารมากแต่กลับมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวหลายคน ในขณะที่มาพบแพทย์ผู้ป่วยจะมา

เพียงคนเดียว ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพียงคนเดียว แต่ไม่สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้เพราะผู้ป่วยไม่ได้เป็นผู้ประกอบอาหารเองแต่มีสมาชิกในครอบครัวเตรียมอาหารที่รับประทานร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยก็มีความจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่เตรียมไว้อย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

4. ความเชื่อในความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในระดับใด ก็มีพฤติกรรมควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหารหรือซื้ออาหารมารับประทาน ซึ่งผู้ป่วยก็จำเป็นต้องรับประทานอาหารในลักษณะเดียวกันร่วมกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาได้รับคำแนะนำทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มจากแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ทราบถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่องและทราบถึงอันตรายที่ร้ายแรงของการไม่ควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการไตร่ตรองข้อดี ข้อเสียของการควบคุมอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์

พอใช้ มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

6. ปัจจัย อันได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่ พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่ พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรมได้ร้อยละ 24.90 ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการควบคุมอาหารมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น การรับรู้ข้อดีข้อเสีย ความรู้สึกกลัว วิตกกังวลในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยาภรณ์ (2550) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารต่อการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบปกติ พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคการควบคุมอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Discriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบตามแบบจำลองทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Transtheoretical Model) อันได้แก่ ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of Change) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ดุลยภาพการตัดสินใจ (Decisional Balance) และปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษาวิจัย อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ต่อไป การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการ โดยประชากรที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร จำนวน 250 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความสมบูรณ์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มประชากรกับจำนวน 45 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีของ Cronbach ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ .80 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเท่ากับ .89 ดุลยภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเท่ากับ .81 พฤติกรรมการควบคุมอาหาร เท่ากับ .78 เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2555

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม ซึ่งสรุปตามวัตถุประสงค์ดังนี้

สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

ศึกษาองค์ประกอบตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันได้แก่ ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมอาหาร ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมอาหาร และคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ปัจจัยทางชีวสังคมอันได้แก่ ตัวแปร สถานภาพ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย ได้กำหนดไว้ดังนี้คือ

1. เพื่อศึกษา ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมอาหาร ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมอาหาร คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ผลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาพหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.85, \sigma = .855$) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.78, \sigma = .550$) คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.89, \sigma = .464$) และพฤติกรรมควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.55, \sigma = .430$)

2. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมอาหาร กับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ผลวิจัยพบว่า ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่ พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 1

3. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่ พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลวิจัยพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมอาหารกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลวิจัยพบว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 3

5. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม

ผลวิจัย พบว่า คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

6. เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

ผลการวิจัย พบว่า สถานภาพ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 5 ในตัวแปร สถานภาพ การศึกษา รายได้ และพบว่า

อายุ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 5 ในตัวแปร อายุ อาชีพ

7. เพื่อศึกษา กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมอาหารและคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับควบคุมอาหารที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม

จากการวิจัย พบว่า คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ58 คลินิกเวชกรรม ได้ดีกว่าการทำนายด้วยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 24.90 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 6

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม ซึ่งผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ได้แก่ คุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องชี้แนะให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติเห็นคุณค่า ประโยชน์และความจำเป็นของการควบคุมอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยอาศัยองค์ประกอบของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหารและคุณภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งควรจัดให้มีกิจกรรมการสนับสนุน เช่น การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การใช้ตัวแบบ การให้คำปรึกษารายบุคคล รวมถึงจัดให้มีการสร้างชมรมหรือเครือข่ายสุขภาพดีให้เกิดขึ้นในชุมชนหรือหน่วยงาน พร้อมทั้งยกย่องชมเชยและให้รางวัลแก่ผู้ป่วยที่มี

พฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมสาธารณสุขคอยดูแลส่งเสริมและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่ดีและอยู่ในระยะที่คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

2. ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมอาหารในด้านของการเลือกรับประทานข้าวกล้อง แทน ข้าวขาว และการใช้สารทดแทนความหวานแทนน้ำตาล อยู่ในระดับไม่ดี จึงควรจัดกิจกรรมสนับสนุนและที่ชี้ให้เห็นถึงคุณค่า ประโยชน์ของการเลือกรับประทานข้าวกล้อง และการใช้สารทดแทนความหวาน และเพื่อความสะดวกควรจัดให้มีการจำหน่ายข้าวกล้องและสารทดแทนความหวานในหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกซื้อได้ง่ายและสะดวก

3. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมอาหารในด้านของการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและตระหนักมากขึ้น จึงควรจัดกิจกรรมที่ชี้ให้เห็นถึงโทษของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างต่อเนื่อง

4. การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมอาหารจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกันเสมอ และการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อน จึงจะวางแผนและกำหนดวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเริ่มจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมเพื่อให้ได้ตัวแบบที่ดีในการควบคุมอาหาร

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นทฤษฎีที่ยึดปัจจัยภายในเป็นหลัก ดังนั้นควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารเพิ่มเติม

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารในบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน เพื่อได้นำปัจจัยที่ได้มาวางแผนดำเนินการต่อไป

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2551. สายด่วน 1675 กินดีสุขภาพดี. โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, นนทบุรี.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2539. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544.
โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
- _____. 2545. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. โรงพิมพ์
องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ
- กุลวรรณ นาครักษ์. 2540. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิก
สูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2538. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2538
และแนวโน้มมาตรการการแก้ไข. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- จันทิมา โดษะนันท์. 2543. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชูจิตร เปล่งวิทยา. 2531. อาหารผู้ป่วยเบาหวาน. อายุรศาสตร์ 18(12): 35-38.
- ดวงเดือน เทียงสันเทียะ. 2543. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อ
ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ
สาเหตุโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชิติมา วิริยา. 2547. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นลิน มงคลศรี. 2544. **ครอบครัวกับการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทวัน ศรีสุวรรณ. 2550. **พฤติกรรมสุขภาพสำหรับทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรปราการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา สุขชัยสงค์. 2553. **การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการส่งเสริม
การออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักงานแพทย์
กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประไพศรี ศิริจักรวาล. 2543. **ธงโภชนาการ กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่พอเหมาะ.**
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, นนทบุรี.

ปรีชาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. 2550. **อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการ
รับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารต่อการทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม. 2553. **ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. 58 คลินิกเวชกรรม, กรุงเทพฯ.**

พิสมัย จารุขวลิต. 2538. **การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรค
เอ็ดส์ของหญิงตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิสมัย ภูนาเมือง. 2551. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในจังหวัดมุกดาหาร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

วิทยา ศรีดามา และ พันธุ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์. 2541. **โครงการตำราอายุรศาสตร์. โรงพิมพ์ยูนิตี
พับลิเคชั่น, กรุงเทพฯ.**

วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมายเรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็อาจพลาดได้.
สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ.

วรรณิ นิธิยานันท์. 2535. การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. โรงพิมพ์เรือนแก้ว
การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ศิริรัตน์ สีเหลือง. 2551. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผัก
และผลไม้ของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนสุหรัคคลองลิมสำนักงานเขตหนองจอก
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. 2551. บำบัดเบาหวานด้วยอาหาร. สายธุรกิจโรงพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สมพร สาดแสงธรรม. 2548. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวาน
ชนิดไม่พึ่งอินซูลินในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุจิตรา สันตติวงศ์ไชย. 2544. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมกร
รักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนทร ตันจันทน์. 2535. คู่มือโรคเบาหวาน. โรงพิมพ์สุภาวนิชากร, กรุงเทพฯ.

สุธิดา กรุดเนียม. 2551. แนวทางการพัฒนาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการในสถานีนอมนัย
ตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.

สุพจน์ เตชเจริญศรี. 2543. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ศุภาภรณ์ อนุรักษ์อุดม. 2544. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สุรัตน์ โคมินทร์. 2528. อาหารผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบัน. *อายุรศาสตร์* กรกฎาคม-พฤศจิกายน: 151-158.

อัจฉรี อ่อนแก้ว 2550. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรทางการพยาบาลในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรทัย วุฒิสเตลา. 2553. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

Bandura. 1977. **Social Learning Theory**. Englewood Cliffs. Prentice-Hall, New Jersey.

_____. 1978. The self-system in reciprocal determinism. **American Psychologist**. 33: 344-358.

_____. 1979. **Social foundation of thought and action**. Englewood Cliffs, Prentice-Hall., New Jersey.

Barnett, A.H. 1998. **Chared Care in Diabetes**. Science Press Ltd., London.

Burkholder, J.G. and C.C. Nigg. 2002. Overview of the transtheoretical model. pp. 182-188.

In Burbank, M.P. and D. Riebe. (Eds.). **Promotion Exercise and Behavior Chang in Older Adult: Tnterventions with the Transtheoretical Model**. Springer Publishing Company, New York.

Boonchuaykuakul, J. 2004. **Effectiveness of Applying the Transtheoretical Model to Improve Physical Activity Behavior of University Students.** Unpublished doctoral dissertation, Oregon State University Corvallis.

Cryer, P.E. 1999. **Prevention of Complication is The New Paradigm in the Management of Diabetes.** Congress of The ASEAN Federation of Endocrine Societies.

Eaks, GA. and V.L. Cassmeyer. 1995. **Medical Surgical Nursing.** Mosby, Philadelphia.

Prochaska, J.O. and C.C. DiClemente. 1983. Stsge and processes of self-chang in smoking: toward an integrative model of chang. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** 51: 390-395.

Prochaska, J.O., B.H. Marcus. 1993. The Transtheoretical Model: Application to exercise, *In* R.K. Dishman(Ed.). **Advances in Exercise Adherence.** IL: Human Kinetics Publishing, Champaign.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

1. ผศ.ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า ภาควิชาโภชนวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร.กุลชิตา พานิชกุล พยาบาลวิชาชีพ 6 ว.
อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
จ. สระบุรี
3. นายแพทย์กัมมมาล กุมาล ปาวา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม
พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม
4. นางสาวลภัสสดา สระคอกบัว พยาบาลวิชาชีพ 7
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี



ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แต่ละส่วนอย่างละเอียดและกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถามนี้ให้สมบูรณ์

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ส่วนที่ 3 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

ส่วนที่ 4 ความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

ส่วนที่ 5 คุณภาพในการตัดสินใจในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ
2. โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วนและครบทุกข้อ ตามความเป็นจริง
3. การตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อท่านเพราะคำตอบของท่านจะเป็นความลับและจะไม่เปิดเผยที่ใดๆ เป็นรายบุคคล นอกจากนำผลรวมต่างๆ ไปใช้ในงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสมพร ลำเภา

นิสิตปริญญาโทสาขาสุขศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านลักษณะทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ.....(ปีเต็ม)

2. อาชีพหลัก

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน | <input type="checkbox"/> ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป |
| <input type="checkbox"/> ทำงานบริษัทเอกชน / โรงงาน | |

3. สถานภาพ

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> หย่า / หม้าย / แยก |
| <input type="checkbox"/> สมรส | |

4. การศึกษาสูงสุด

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส. |
| <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือสูงกว่า |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา / ปวช. | |

5. รายได้

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5,001 บาท | <input type="checkbox"/> 15,001 -20,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5,001 -10,000 บาท | <input type="checkbox"/> 20,001 -25,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 10,001 -15,000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 25,001 บาท |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับของพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ของท่านมากที่สุด

การควบคุมอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานผักประเภทใบ รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวาน หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากและอาหารที่มีรสเค็ม

ท่านมีการควบคุมการรับประทานอาหารหรือไม่

- ไม่เคยควบคุมการรับประทานอาหารและไม่เคยคิดที่จะควบคุม ภายใน 6 เดือนข้างหน้า
- ไม่เคยควบคุมการรับประทานอาหาร แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มควบคุมภายใน 6 เดือนข้างหน้า
- ควบคุมการรับประทานอาหารเป็นครั้งคราว แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มควบคุมอาหารเป็นประจำภายใน 1 เดือนข้างหน้า
- ควบคุมการรับประทานอาหารเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง แต่ น้อยกว่า 6 เดือน
- ควบคุมการรับประทานอาหารเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา มากกว่า 6 เดือนแล้ว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง โปรดนึกถึงความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์ที่คล้ายคลึง ที่ท่านอาจเผชิญอยู่ในปัจจุบันหรือที่เกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมาและระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความถี่เพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ลงใน ทำข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อความ	ความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				
	เป็นประจำ (5)	บ่อย (4)	บางครั้ง (3)	น้อย มาก (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. ท่านแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน					
2. ท่านรู้สึกกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากไม่ควบคุมอาหาร					
3. ท่านควบคุมอาหารให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ					
4. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานทุกชนิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน					
5. ท่านสังเกตเห็นว่าคนส่วนใหญ่รู้ดีว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน					
6. ท่านตั้งใจไว้ว่าจะลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
7. ท่านจะมีรางวัลให้ตัวเองเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ตามที่ตั้งใจไว้					
8. บุคคลในครอบครัวชื่นชมและยินดีเมื่อท่านควบคุมอาหารได้สำเร็จ					
9. ท่านเลือกรับประทาน ผลไม้ไม่หวาน แทนขนมหวาน					

ข้อความ	ความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				
	เป็นประจำ (5)	บ่อย (4)	บางครั้ง (3)	น้อย มาก (2)	ไม่เคย เลย (1)
10. ท่านเลือกซื้อผักเก็บไว้ในบ้านพร้อมที่จะรับประทาน					
11. ท่านค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน					
12. ท่านรู้สึกกังวลเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นจากเดิม					
13. ท่านควบคุมอาหารเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน					
14. ท่านควบคุมอาหารเพื่อให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง					
15. ท่านทราบว่ามีคนจำนวนมากที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหาร					
16. ท่านสัญญากับคนใกล้ชิดว่าจะควบคุมอาหาร					
17. ท่านให้รางวัลกับตนเองเมื่อควบคุมอาหารได้สำเร็จ					
18. ท่านมีคนใกล้ชิดคอยแนะนำหรือควบคุมการรับประทานอาหาร					
19. ท่านรับประทานผลไม้ที่รสไม่หวานแทนผลไม้ที่มีรสหวาน					
20. ท่านซื้อผลไม้ที่ไม่หวานเก็บไว้ในบ้านเพื่อไว้รับประทาน					
21. ท่านพยายามแสวงหาวิธีการควบคุมอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง					
22. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่า 140 mg%					

ข้อความ	ความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				
	เป็นประจำ (5)	บ่อย (4)	บางครั้ง (3)	น้อย มาก (2)	ไม่เคย เลย (1)
23. ท่านควบคุมอาหารเพื่อให้แพทย์ลดปริมาณยาที่ท่านอยู่ให้น้อยลง					
24. ท่านควบคุมอาหารเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ					
25. ท่านสังเกตเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์จะพูดเสมอว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน					
26. ท่านตั้งใจว่าจะควบคุมอาหารตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด					
27. ท่านให้กำลังใจตนเองเสมอในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					
28. ท่านมีคนใกล้ชิดคอยเตือนเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร					
29. ท่านดื่มน้ำเปล่า แทน น้ำหวานทุกชนิด					
30. ท่านไม่ซื้อขนมหวานเก็บไว้ในบ้าน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง ภายใต้งี้อ่านหรือสิ่งแวดลอมต่างๆ ที่เปนปญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมาก
ที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ข้อความ	ความเชื่อมั่นของท่านที่จะปฏิบัติได้				
	ทำได้ แน่นอน (5)	ทำได้ (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ทำได้ บ้าง (2)	ทำไม่ ได้เลย (1)
1. แม้ว่าจะต้องกินอาหารร่วมกับผู้อื่นที่ไม่ต้อง ควบคุมอาหารเช่นเดียวกับท่าน ท่านมั่นใจว่า จะควบคุมอาหารได้สำเร็จ					
2. ท่านมั่นใจว่า จะหลีกเลี่ยงอาหารรสหวานได้ ถึงแม้จะรู้สึกอยากกิน					
3. แม้ว่าจะต้องเดินทางบ่อยๆท่านมั่นใจว่าจะ ควบคุมอาหารได้					
4. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี รสหวานได้ ถึงแม้จะชอบดื่ม					
5. ท่านมั่นใจว่าจะเลือกทานผลไม้รสไม่หวาน แทนขนมหวานได้ ถึงแม้จะชอบกิน					
6. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงกินอาหารที่ชอบได้ หากอาหารนั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพ					
7. ถึงแม้ว่าน้ำตาลในเลือดจะอยู่ในเกณฑ์ปกติท่าน ก็จะควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง					
8. ถึงแม้จะต้องเป็นคนเตรียมอาหาร ท่านมั่นใจ ว่าจะควบคุมกินอาหารให้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้					
9. ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการควบคุมอาหาร					

ข้อความ	ความเชื่อมั่นของท่านที่จะปฏิบัติได้				
	ทำได้ แน่นอน (5)	ทำได้ (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ทำได้ บ้าง (2)	ทำไม่ ได้เลย (1)
10. การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่คนอื่นมองว่าปฏิบัติยาก แต่ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมอาหารได้					
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอาหารได้ถึงแม้จะรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้					
12. ถึงแม้ท่านจะต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อยๆ ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอาหารได้					
13. ถึงแม้จะไม่มีใครคอยตักเตือน ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมอาหารได้					
14. ท่านมั่นใจว่า จะควบคุมอาหารได้ ถึงแม้จะปฏิบัติเพียงคนเดียว					
15. ถึงแม้จะอยากกินมาก ท่านมั่นใจว่าจะควบคุมกินอาหารหวานได้					
16. ท่านมั่นใจว่าจะชวนเพื่อนให้ควบคุมอาหารได้เช่นเดียวกับตัวท่านเอง ถึงแม้จะเป็นเรื่องยาก					
17. ถึงแม้สิ่งแวดล้อมจะไม่เอื้อต่อการควบคุมอาหาร ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอาหารได้					
18. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานได้ถึงแม้ท่านจะอยากดื่ม					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพในการตัดสินใจในการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณา ผลดีหรือผลเสียของการควบคุมอาหาร โปรดอ่านข้อความว่าแต่ละข้อมีความสำคัญเกี่ยวกับการตัดสินใจในการควบคุมอาหารเพียงใด ให้ท่านทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ระดับความสำคัญในการตัดสินใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การควบคุมอาหารเป็นประจำจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้					
2. การควบคุมการรับประทานเป็นประจำจะทำให้สุขภาพดีขึ้น					
3. การควบคุมอาหารจะทำให้ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเพิ่มขึ้น					
4. ท่านยังไม่มีเจตจำนงจำเป็นต้องเริ่มควบคุมอาหาร					
5. การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่น่าเบื่อ					
6. การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญเพราะท่านกินยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด					
7. การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ท่านยังไม่พร้อมที่จะปฏิบัติ					
8. ควบคุมอาหารช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน					
9. หากควบคุมอาหารไม่ดีจะทำให้มือชาเท้าชา					
10. การควบคุมอาหารไม่ได้สร้างความลำบากใจให้กับท่าน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียง
ข้อละ 1 คำตอบ โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ข้อความ	พฤติกรรม				
	รับประทานอาหารใน 1 สัปดาห์				
	ประจำ	บ่อย	บางครั้ง	น้อยมาก	ไม่เคย
ข้าว / แป้ง					
1.ทานข้าวน้อยกว่า 6 ทัพพีต่อวัน					
2.ทานขนมปัง คุกกี้ เบเกอรี่ เป็นอาหารว่าง					
3.ทานข้าวกล้อง แทน ข้าวขาว					
4.ทานเผือก มัน ข้าวโพดเป็นอาหารว่าง					
5.ทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ					
6. ทานอาหารในปริมาณที่เท่าๆกันทุกมื้อ					
ผักและผลไม้					
7. ทานผลไม้ที่มี รสหวาน เช่น ละครุด ทุเรียน ขนุน ลำไย ลิ้นจี่					
8. ทานผลไม้รสไม่หวาน เช่น ฝรั่ง ชมพู่ แอปเปิ้ล					
9. ทานผลไม้แช่อิ่ม					
10. ทานอาหารแปรรูป เช่น ก๋วยเตี๋ยว มันฉาบ					
11. ทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานรวมกัน วันละประมาณครึ่งกิโลกรัม					
12. ทานผลไม้เชื่อม เช่น ก๋วยเตี๋ยวเชื่อม ผลไม้กระป๋อง					

ข้อความ	พฤติกรรม				
	รับประทานอาหารใน 1 สัปดาห์				
	ประจำ	บ่อย	บางครั้ง	น้อยมาก	ไม่เคย
เครื่องดื่ม					
13. ดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น น้ำส้มคั้น น้ำอ้อย น้ำตาลสด					
14. ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น สปอร์นเซอร์ เอ็ม150 กระทั่งแดง					
15. ดื่มกาแฟ โอวัลติน ไมโล โอเลี้ยง					
16. ดื่มนมรสจืด น้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล					
17. ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม					
18. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
อาหารรสหวาน					
19. ทานขนมหวานเช่น ทองหยิบ ทองหยอด มากกว่าครั้งละ 1-2 เม็ด					
20. เลือกใช้สารทดแทนความหวานแทน น้ำตาล					
21. เติมน้ำตาลในอาหาร เช่น ผัดไท ก๋วยเตี๋ยว					
22. ทานขนมหวานหรือผลไม้หลังมื้ออาหาร					
23. หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน					
24. หลีกเลี่ยงการรับประทานประเภทเชื่อม หรือกวน เช่น มะม่วงกวน มันเชื่อม					
อาหารรสเค็ม					
25. ทานขนมอบกรอบ เช่น ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง					
26. ทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ปลากระป๋อง มาม่า					
27. เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ในข้าวก่อนรับประทาน					
28. ทานอาหารประเภทหมัก ดอง					
29. ทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาทุเค็ม ไข่เค็ม ปลาเค็ม					
30. ทานผลไม้จิ้มพริกเกลือหรือน้ำปลาหวาน					

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	นางสมพร ลำภา
วัน เดือน ปีเกิด	5 มกราคม 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบูรณ์
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2543-2547 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา)
ตำแหน่งปัจจุบัน	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขภิบาล 3 จังหวัดกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2547 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข พหลฯ 58 คลินิกเวชกรรม จังหวัดกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2553