

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภอบุขลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมตำราทางวิชาการ เอกสารประกอบเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนการศึกษาวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
  - 1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน
  - 1.2 สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน
  - 1.3 ประเภทของเบาหวาน
  - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน
  - 1.5 การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน
  - 1.6 หลักการดูแลรักษา และควบคุมโรคเบาหวาน
  - 1.7 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
  - 1.8 การเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
  - 1.9 กลวิธีในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและแนวทางการปฏิบัติตัว
2. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
  - 2.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
  - 2.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
  - 2.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
  - 3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
  - 3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (วิทยา ศรีดามา, 2545)

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

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และ หลอดเลือด

### 1.2 สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

**1.2.1 สาเหตุจากพันธุกรรม** เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดพึ่งพาอินซูลิน (Insulin dependent diabetes, IDDM) และชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1) พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human leukocyte antigen, HLA) HLA ที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ HLAB, BLA-DR ผู้มี HLA มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อน ภายหลังการติดเชื้อไวรัสบางตัวทำให้  $\beta$ -cell ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

2) พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้น และการรับประทานอาหารรสหวานจัด

**1.2.2 สาเหตุอื่นที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคเบาหวาน** เบาหวานสืบทอดทางพันธุกรรมได้ก็จริง แต่ผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นเบาหวาน) ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเบาหวานทุกคน มีปัจจัยเสี่ยง อื่นๆ ที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้แก่

1) ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้การตอบสนองของเนื้อเยื่อร่างกายต่ออินซูลินไม่ดี

2) ผู้สูงอายุ การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง

3) โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน

4) การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งมีผลต่อตับ

อ่อน

5) การได้รับยาบางชนิด สเตียรอยด์ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิด ทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้นหรือการตอบสนองของอินซูลินไม่ดี

6) การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนหลายชนิดที่มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน 80

### 1.3 ประเภทของเบาหวาน (Classification of Diabetes Mellitus)

องค์การอนามัยโลก โดย Expert committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus ปีพ.ศ. 2543 ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก (Clinical classes) โดยแบ่ง เป็น 4 ประเภท คือ

**1.3.1 โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (Type1 Diabetes) หรือประเภทพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM)** ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานในเด็ก (Juvenile onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีจำนวนน้อยหรือเกือบไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถผลิต อินซูลินได้ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่นใหญ่ที่อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อาการของโรคจะเกิดขึ้นกะทันหันและรุนแรง ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่าง รวดเร็ว และพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ HLA ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีด อินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด

**1.3.2 โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Type2 Diabetes) หรือประเภทไม่พึ่งอินซูลิน (Noninsulin dependent diabetes mellitus, NIDDM)** ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานผู้ใหญ่ (Maturity onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 95-97 ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีก้อ้วน มีประวัติเป็นเบาหวานในครอบครัว อายุมากกว่า 40 ปี ตับอ่อนยังพอผลิตอินซูลินได้บ้างแต่มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ในระยะแรกอาจรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาล แต่เมื่อเป็นนานๆ ในผู้ป่วยบางรายมีเบต้าเซลล์เสื่อมหน้าที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อาจจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน

**1.3.3 โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (Other specific type)** ได้แก่โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ (Genetic defects of  $\beta$ -cell function) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Genetic defects of insulin action) โรคเบาหวานที่เกิด จากโรคของตับอ่อน (Diseases of the exocrine pancreas) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคทางต่อมไร้ท่อ (Endocrinopathies) โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี (Drug-or chemical-induced) โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ (Infection) โรคเบาหวานที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย (Uncommon forms of immune-mediated diabetes) และโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรมอื่นๆ (Other genetic syndromes sometimes associated with diabetes)



### 1.3.4 โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus: GAM)

โรคเบาหวานชนิดนี้ผู้ป่วยจะไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อนในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์ จะมีฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน เป็นผลให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลิน ถ้าไม่สามารถเพิ่มการสร้างอินซูลินให้เพียงพอจะทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้หลังคลอด มักจะพบว่าอาการโรคเบาหวานหายไป แต่จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้มาก จึงควรมีการตรวจเช็คเป็นระยะและมีพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดเบาหวาน

### 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

คนปกติก่อนรับประทานอาหารเช้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด (Plasma glucose) 70-110 มก./ดล. และหลังรับประทานอาหารเช้าแล้ว 2 ชม. ระดับน้ำตาลจะไม่เกิน 140 มก./ดล. ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลไม่สูงมากอาจไม่มีอาการอะไร การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะทำได้จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ๆ สามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งส่วนที่เป็นผลจากภาวะน้ำตาลสูงโดยตรง และส่วนที่เป็นอาการเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่

- 1) ปัสสาวะบ่อยและมาก ปัสสาวะกลางคืน คนปกติถ้าไม่ดื่มน้ำมากก่อนนอนมักจะไม่ต้องลุกมาปัสสาวะกลางคืนหรือปัสสาวะอย่างมาก 1 ครั้ง ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลสูงเกินความสามารถของไตในการกั้นมิให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ (พลาสมากลูโคสในเลือดสูงมากกว่า 180 มก./ดล.) จะมีน้ำตาล ออกมากับปัสสาวะซึ่งจะดึงน้ำตาลมา ทำให้สูญเสียน้ำไปด้วย จึงมีปัสสาวะมากกว่าคนปกติทำให้ต้องลุกขึ้นมา ปัสสาวะกลางคืนหลายครั้ง และอาจพบว่าปัสสาวะมีมดอม
- 2) คอแห้ง กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ
- 3) หิวบ่อย รับประทานจุ แต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เนื่องจากร่างกายนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้เพราะอินซูลินไม่เพียงพอ จึงมีการสลายพลังงานออกมาจากไขมันและกล้ามเนื้อ
- 4) ถ้าเป็นแผลจะหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนัง เกิดฝีบ่อย เนื่องจากน้ำตาลสูงทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง
- 5) มีคันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วยเพศหญิง สาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น ผิวหนังแห้งเกินไป หรือการอักเสบของผิวหนัง ซึ่งพบได้ใน ผู้ป่วยเบาหวาน





6) ตาพร่ามัว การที่ตาพร่ามัวในผู้ป่วยเบาหวาน มีสาเหตุหลายประการ เช่น อาจเป็นเพราะสายตาเปลี่ยน (สายตาสั้นลง) มีน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตาอาจเกิดจากต่อกระจก หรือจอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน

7) ชาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากน้ำตาลที่สูงมากๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เพราะไม่รู้สึกรู้ว่า จะทราบแผลก็ลุกลามมาก คิดเชื่อได้ง่าย รวมทั้ง สมรรถภาพลดลง

### 1.5 การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานจะทำในกรณี ดังนี้

1.5.1 ผู้มีอาการของโรคเบาหวาน เช่น หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รับประทานมาก ตาพร่ามัว แผลหายช้า หรือมีประวัติติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเชื้อรา

1.5.2 ผู้อายุ 45 ปี หรือมากกว่า (ถ้าผลตรวจปกติให้ตรวจทุกปี)

1.5.3 ผู้ที่ไม่มีอาการ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (ถ้าผลตรวจปกติให้ตรวจทุกปี) ได้แก่

- 1) ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (First degree relatives)
- 2) น้ำหนักเกิน ( $BMI \geq 25$  กก/ม<sup>2</sup>)
- 3) ประวัติ IGP (Impaired glucose tolerance) หรือ IFG (Impaired fasting glucose)
- 4) ความดันโลหิตสูง ( $\geq 140/90$  มม.ปรอท)
- 5) HDL-cholesterol  $\leq 35$  มก./ดล. และ/หรือ Triglyceride  $\geq 250$  มก./ดล.
- 6) ประวัติคลอดลูกน้ำหนักเกิน 4 กก. หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Gestational diabetes
- 7) Polycystic ovary syndrome หรือ Acanthosis nigricans
- 8) ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอหรือทำงานที่ไม่ได้ออกแรงมาก (Physical inactivity)

**การตรวจ Screening ที่ต้องการการตรวจซ้ำ และประเมินผลเพิ่มเติม** ถ้าพบว่า FPG (Fasting plasma glucose) หลังการอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง  $\geq 100$  มก./ดล. Random plasma glucose  $\geq 160$  มก./ดล. หรือ Random capillary whole blood glucose  $\geq 140$  มก./ดล. เมื่อผลดังกล่าวให้ตรวจ FPG ซ้ำอีก 1-2 ครั้ง

สํานักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ห้องสมุดงานวิจัย

วันที่..... 12 มี.ค. 2556 .....

เลขทะเบียน..... 209136 .....

เลขเรียกหนังสือ.....

**การทำ Oral glucose tolerance test**

ให้ผู้ถูกทดสอบรับประทานอาหารตามปกติที่มีคาร์โบไฮเดรตมากกว่า 150 กรัม อย่างน้อย 3 วัน มีกิจวัตรประจำวันตามปกติไม่ได้อยู่ในช่วงเจ็บป่วย หรือมีภาวะ Stress อื่นๆ อายุต่ำกว่า 50 ปี ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อ glucose tolerance เช่น Steroid ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ Beta blocker Nicotinic acid และ Dilantin

- 1) ทดสอบตอนเช้า โดยงดอาหารข้ามคืน อย่างน้อย 8 ชั่วโมง
- 2) เจาะเลือดตรวจ FPG
- 3) รับประทาน 75 กรัมกลูโคส ในน้ำ 300 มล. ในเวลา 5 นาที
- 4) เจาะเลือดตรวจ FPG ในเวลา 2 ชั่วโมงถัดมา

**การวินิจฉัยโรคเบาหวาน มี 3 วิธีได้แก่**

- 1)  $FPG \geq 126$  มก./ดล.
- 2) Casual (Random) plasma glucose  $\geq 200$  มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน
- 3) plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ Oral glucose tolerance test (OGTT)  $\geq 200$  มก./ดล.

ถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยแต่ละวิธีข้างต้น อยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวาน ควรตรวจในวัน อื่นอีก 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่มี plasma glucose สูง อาการชัดเจน ร่วมกับมี Acute metabolic decompensation ในการตรวจซ้ำ ถ้าค่า FPG  $\geq 126$  มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

**ตารางที่ 1** การวินิจฉัยโรคเบาหวาน, Impaired fasting glucose (IFG), Impaired glucose tolerance (IGT)

|                        | ปกติ  | IFG     | IGT     | เบาหวาน    |
|------------------------|-------|---------|---------|------------|
| FPG (มก./ดล.)          | < 100 | 100-125 |         | $\geq 126$ |
| OGTT 2- h PG (มก./ดล.) | < 140 |         | 140-199 | $\geq 200$ |
| Random PG (มก./ดล.)    | < 160 |         |         | $\geq 200$ |

ที่มา: วิทยา ศรีดามา, 2545

**ค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA<sub>1c</sub>)** หมายถึง ค่าระดับน้ำตาลที่จับกับฮีโมโกลบินซึ่งบ่งบอกถึงพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่มีระดับน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยในช่วง 6-8 สัปดาห์ที่ผ่านมา กำหนดการแปลระดับพฤติกรรมไว้ 3 ระดับ ได้แก่

- 1) ค่า HbA<sub>1c</sub> ของผู้ป่วย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 เป็นภาวะการควบคุมโรคได้ดี
- 2) ค่า HbA<sub>1c</sub> ของผู้ป่วย มากกว่า 7-9 เป็นภาวะการควบคุมโรคได้พอใช้
- 3) ค่า HbA<sub>1c</sub> ของผู้ป่วย มากกว่า 9 เป็นภาวะการควบคุมโรคได้ไม่ดี (Rohlf C,

2002)

## 1.6 หลักการดูแลรักษา และควบคุมโรคเบาหวาน (อภิชาติ วิษณุวรรณ์, 2546)

### 1.6.1 หลักการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การรักษาเบาหวานให้ได้ผลดีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การรักษาประกอบด้วย

- 1.6.1.1 การควบคุมอาหาร
- 1.6.1.2 การออกกำลังกาย
- 1.6.1.3 การรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลและ/หรืออินซูลิน
- 1.6.1.4 การผ่อนคลายความเครียด และการเรียนรู้ที่จะดูแลรักษาตนเอง

### 1.6.2 เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

ในการดูแลรักษาเบาหวานมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังน้อยที่สุด จากการศึกษาวิจัยมีข้อมูลสนับสนุนว่า ในการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด มีผลป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ควรให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิต ดังแสดงไว้ใน ตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เกณฑ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในโรคเบาหวาน

| การตรวจ                             | ดี       | ต้องปรับปรุง |
|-------------------------------------|----------|--------------|
| 1. Fasting plasma glucose (มก./ดล.) | 80-120   | > 140        |
| 2. Postprandial glucose             | 80-160   | > 180        |
| 3. HbA <sub>1</sub> C (%)           | < 7      | > 8          |
| 4. Total cholesterol (มก./ดล.)      | < 200    | > 250        |
| 5. LDL cholesterol (มก./ดล.)        | <100     | > 130        |
| 6. HDL cholesterol (มก./ดล.)        | > 45     | < 35         |
| 7. Triglyceride                     | <200     | >400         |
| 8. Body mass index (Kg./m2)         | 20-25    | > 27         |
| 9. ความดันโลหิต                     | < 130/80 | > 160/90     |

ที่มา: อภิชาติ วิชาญรัตน์, 2546

1.7 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเกิดได้ทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

1.7.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรง รวดเร็วต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตราย ผู้ป่วยอาจมีระดับน้ำตาลต่ำเกินไป หรือสูงมากเกินไป ได้แก่"

1.7.1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

1.7.1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากจนมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากโดยที่ไม่มีกรดคีโตนคั่ง ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่งในเลือด

1.7.1.3 ภาวะการฉีดยาผิดพลาด

1.7.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและระดับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานเท่าใดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีแม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการอะไรในระยะแรก แต่ถ้าได้รับการตรวจค้นวินิจฉัยและรักษา รวมถึง การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่

ระยะแรก ก็จะช่วยลดและชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดัน โลหิตสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่และการขาดการออกกำลังกาย

โรคแทรกซ้อนเรื้อรังอาจแบ่งได้เป็นประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดตีบที่เท้า

2) โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก โรคแทรกซ้อนทางตา โรคแทรกซ้อนทางไต โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท

## 1.8 การเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (วิทยา ศรีดามา, 2545)

### กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

1.8.1 มีญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่น้อง คนใดคนหนึ่งเป็นเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานจะได้รับยีนส์ผิดปกติจากพ่อแม่ ตั้งแต่เชื้ออสุจิของพ่อและไข่ของแม่ผสมกัน เมื่อคลอดลูกออกมาผู้นั้นก็มียีนส์ผิดปกติพร้อมที่จะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว แต่การที่จะเป็นช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อมของผู้นั้น คือ กรรมพันธุ์และปัจจัยแวดล้อมจะช่วยให้เกิดเบาหวานได้เท่า ๆ กัน และแม้จะยังไม่เป็นเบาหวานในระยะแรกของชีวิต เมื่อมีลูกย่อมถ่ายทอดความผิดปกติอันนั้นไปให้ลูกได้เสมอ ลูกของคนที่เป็นเบาหวานจึงได้รับพันธุกรรมของโรคเบาหวานไปทุกคนไม่ว่าลูกคนนั้นจะเกิดก่อนหรือหลังที่ผู้นั้นมีอาการของโรคเบาหวานและบุตรที่เกิดขึ้นในชั้นหลังๆ ของกรรมพันธุ์มักจะเป็นโรคเบาหวานเร็วขึ้นเรื่อย ๆ บางรายพบว่าบุตรเป็นโรคเบาหวานก่อนพ่อแม่

ทฤษฎีเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ของโรคเบาหวานในปัจจุบัน เข้าใจว่าเป็นการสืบผ่านแบบด้อยออกโตโซมัล ที่เรียกว่า Recessive trait คือ โรคเบาหวานจะต้องเป็นโฮโมไซโกตของยีนส์เฮเทอโรซัยโกต จะไม่เป็นเบาหวานแต่สามารถถ่ายทอดยีนส์ผิดปกติไปให้ลูกหลาน

ตามทฤษฎีนี้คนที่ เป็นพาหะของยีนส์เบาหวาน 2 คน แต่งงานกันลูกย่อมมีโอกาas เป็นเบาหวาน ร้อยละ 25 ถ้าคนเป็นเบาหวานแต่งงานกับคนที่ เป็นพาหะ ลูกจะมีโอกาas เป็นเบาหวานร้อยละ 50 ถ้าคนเป็นเบาหวานทั้งคู่แต่งงานกันลูกจะมีโอกาas เป็นโรคนี้ร้อยละ 100 แต่ส่วนใหญ่ขึ้นกับสิ่งแวดล้อมช่วยส่งเสริมการเกิดโรคด้วย

1.8.2 ปัจจุบันอายุเกิน 40 ปี และอ้วน ลูกหลานของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะแสดงอาการของโรคนี้ชัดเจน ส่วนมากมักตายหลังอายุ 40 ปีล่วงไปแล้ว เนื่องจากสาเหตุต่างๆ ช่วยสนับสนุนให้เกิดเบาหวานได้ ซึ่งสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญและป้องกันได้ โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบได้ในคนอ้วนถึงร้อยละ 80 ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ไขมันของคนอ้วนขยายใหญ่ขึ้น ทำให้เกิดความ ต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของนายแพทย์ร็อท และ คาน (Roth



and Kahn) พบว่าเซลล์ไขมัน ของ คนอ้วนมีไขมันในเซลล์สูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น ทำให้ อาการของโรคเบาหวานปรากฏขึ้น โรคอ้วนจึงเป็นสิ่งแวดล้อมและปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิด โรคเบาหวานได้

1.8.3 เคยมีประวัติคลอดบุตรที่มีน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือมีประวัติตั้งครรภ์ผิดปกติและ/หรือ เคยมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากในหญิงมีครรภ์อาจมีการทำงานผิดปกติในการผลิตฮอร์โมนบางชนิด และจากสถิติพบว่าโรคเบาหวานเกิดได้ง่ายกับหญิงที่ตั้งครรภ์บ่อย ๆ เช่น สถิติโรงพยาบาลศิริราช พบว่าโรคเบาหวานเกิดในหญิงมีครรภ์ที่มีบุตรตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปร้อยละ 44.6 ทั้งนี้เนื่องจาก การตั้งครรภ์เป็นความเครียดอย่างหนึ่งทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด ได้แก่ ไกรรธอร์โมน ไทรอกซิน และกลูโคคอร์ติคอยด์ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

1.8.4 บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดนาน ๆ ความกังวลหรือเคร่งเครียดในงานมากก็อาจทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ เนื่องจากมีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟรินมากผิดปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

1.8.5 กลุ่มบุคคลที่ใช้ยาบางชนิดนาน ๆ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาจำพวกสเตียรอยด์ ยาลดกรด ยาลดไขมัน เป็นต้น ยาเหล่านี้มีผลต่อการต้านฤทธิ์ของอินซูลิน

## 1.9 กลวิธีในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและแนวทางการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (วิทยา ศรีดามา, 2545)

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนน้อยเท่านั้น ที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้และรับการรักษาอยู่ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยเฉพาะทางหลอดเลือด ตา ไต ระบบประสาท โรคเบาหวานยังมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนที่สูง การพยายามหาทางป้องกันการเกิดโรค การชะลอการดำเนินของโรค และการป้องกันภาวะทุพพลภาพ จึงเป็นวิธีการที่คุ้มค่าในการดูแลรักษาโรคนี้ โดยแบ่งได้ดังนี้

### 1.9.1 Primary Prevention

แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานควรพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูงและเลือกวิธีการที่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอว่าได้ผลในการป้องกันการเกิดโรคผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ (WHO, 1994)

- 1) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวของโรคเบาหวานที่ชัดเจน, มีประวัติครอบครัวเป็นโรคตั้งแต่อายุน้อย



- 2) ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต จากดั้งเดิมเป็นแบบตะวันตก จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง
- 3) ผู้ที่มีประวัติโรคเบาหวานหรือความทนกลูโคสผิดปกติขณะตั้งครรภ์
- 4) ผู้ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง อ้วน

ข้อแนะนำที่จะให้กับกลุ่มนี้คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตเพื่อ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การพยายามควบคุมน้ำหนักตัว การลดการบริโภคอาหารอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานใยอาหารให้มากขึ้น การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงยาบางอย่างที่อาจจะทำให้ระดับน้ำตาล ในเลือดสูง

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเกิดโรคเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้

### 1.9.2 Secondary Prevention

เป้าหมาย คือ การวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานให้ได้ในระยะแรกเริ่มเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องเพราะระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีอาการอื่นร่วมผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น การคัดกรอง (Screening) ทำในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จะทำการวัดระดับ Fasting Plasma Glucose

สรุปการป้องกันในระยะที่สองนี้มุ่งเน้นการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มของโรค เพื่อทำการรักษาและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

### 1.9.3 Tertiary Prevention

เป็นการรักษาเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดความพิการและการสูญเสียชีวิต ทำได้โดยการพยายามควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติการควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่การดูแลรักษาเท้าการป้องกันในระยะที่สาม เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อการควบคุมระดับ น้ำตาล เพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ยาลดระดับน้ำตาล การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการลดภาวะเครียด

สรุปได้ว่า การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของผู้ป่วยด้วยตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกายและการดูแลเท้า รวมถึงการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อป้องกันความพิการและเสียชีวิต ผู้วิจัยนำความรู้ข้างต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

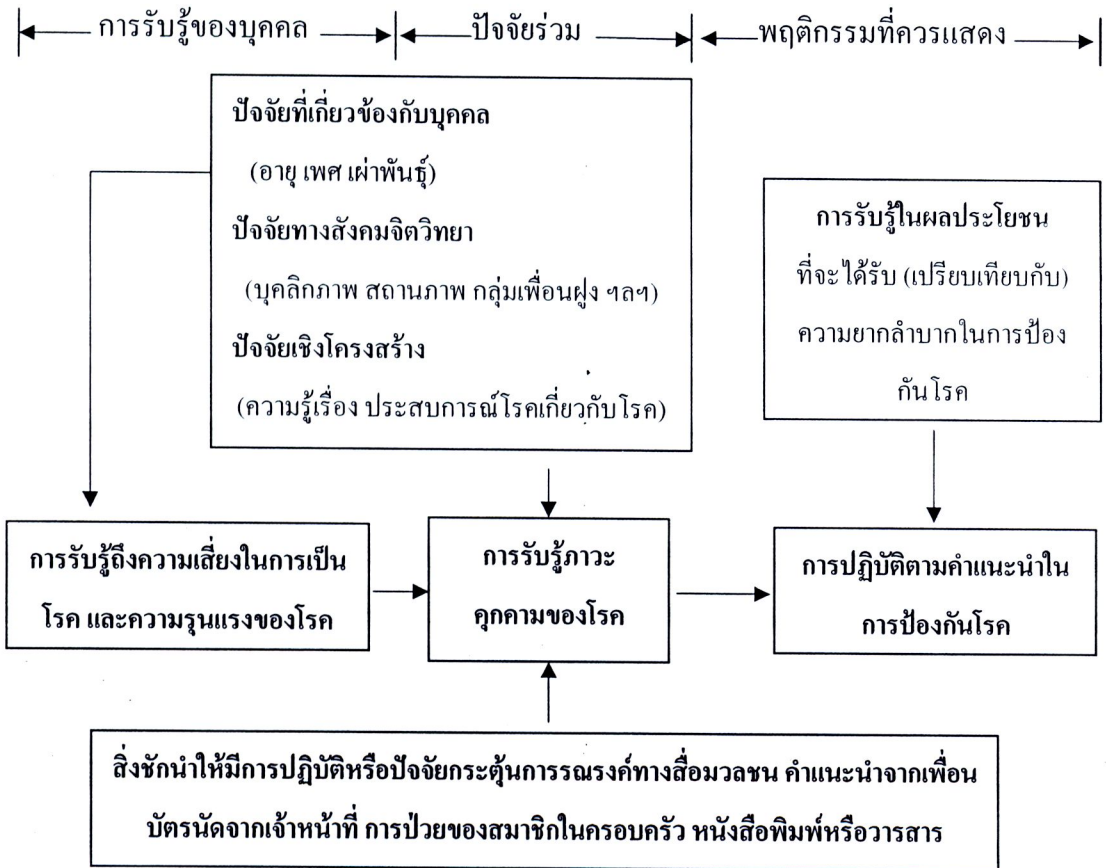
## 2. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพ ตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าการคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้

Rosenstock (1974) ได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยที่ได้อธิบายแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. โรค นั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา 3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกความเจ็บป่วยความอาย

Becker (1975) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค  
(Becker, 1975)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1) **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)** หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสรiskต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย จะหมายถึง 1. ความเชื่อต่อความถูกต้องที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่า ตนเองมีโอกาสรiskต่อการกลับมาเป็นโรคซ้ำอีก และ 2. ความรู้สึกของผู้ป่วย ว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ดังนั้นบุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และรักษาสุขภาพ เบคเกอร์สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2) **การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)** หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความ



ยากลำบาก และจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อ  
 บทบาททางสังคมของตนเองซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนี้อาจมีความหมายแตกต่าง  
 จากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (Becker, 1997) การรับรู้ความรุนแรงของโรค  
 สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or costs of that action) การรับรู้ถึงประโยชน์ของ  
 การรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกัน  
 โรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค  
 และความรุนแรงของโรค เป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับ และปฏิบัติตาม  
 คำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่ปฏิบัตินั้น เป็นวิธีที่ดีและ  
 เหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรค หรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัติ  
 นั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของ  
 พฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจใน  
 คำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ  
 ตามคำแนะนำด้วย และ (Janz and Becker, 1984 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2552) ได้ข้อสรุป  
 การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อ  
 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการ  
 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ  
 หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย  
 ของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น  
 การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรม  
 อนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อ  
 พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความ  
 ร่วมมือในการรักษาโรคได้

5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็น  
 เหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975)  
 ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการ  
 ปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะ  
 ของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้น

ภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6) **ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)** ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่น นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมหรือ เป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

(1) ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

(2) ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

(3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

7) **แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)** แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกายอาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่ง ผลักดันร่วมกัน กับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ สุขภาพ การวัดแรงจูงใจ โดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะ ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) สรุปแนวคิดได้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อการเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะถูกคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะนำองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Becker ในส่วนของการรับรู้ต่อการเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความ



รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น

## 2.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

2.2.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่จะให้คนปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนรับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ได้ขยายออกไปอีกในแง่พฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยได้ให้ความหมายและคำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

Caplan (1977) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารการให้ข้อมูลป้อนกลับและการเรียนรู้ ตลอดจนการประเมินตนเอง

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2530) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งๆ ที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม” ในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่ น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่และแกนนำกลุ่มต่างๆซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับผู้รับการสนับสนุน

จุฬารัตน์ โสตะ (2552) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน โดยผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ



สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และความรู้สึก แก่ผู้รับการสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าคุณค่า นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

### 2.2.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1985)

โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

1. **กลุ่มปฐมภูมิ** เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

2. **กลุ่มทุติยภูมิ** เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

สรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

### 2.2.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

ได้สรุปหลักที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

**2.2.4 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม** (House, 1981 อ้างถึงในจุฬารักษ์ โสตะ, 2552)

ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

**1. Emotional Support** คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

**2. Appraisal Support** คือการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

**3. Information Support** คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

**4. Instrumental Support** คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

**2.2.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม** (Gottlieb, 1985 อ้างถึงในจุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

**1. ระดับกว้าง (Macro level)** เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

**2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level)** เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

**3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level)** เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวนและความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)



ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ House มาปรับใช้ทั้ง 4 ประเภท โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากแหล่งปฐมภูมิ คือ ญาติ หรือผู้ดูแล ซึ่งช่วยในเรื่องของการกระตุ้นเตือน เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากแหล่งทุติยภูมิ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้วิจัย ในเรื่องของการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

### 2.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process) (ทศนีย์ ดันทวิวงศ์ และคณะ, 2540)

โดยธรรมชาติมนุษย์จะอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ครอบคลุมถึงได้ว่าเป็นกลุ่มแรกที่มีมนุษย์เป็นสมาชิก และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มต่างๆ ตลอดเวลา การรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกของการเป็นอยู่และมีอยู่ ซึ่งความหมายของกลุ่ม คือ

กลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป มารวมกันโดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. มีวัตถุประสงค์ และจุดมุ่งหมายร่วมกัน
2. มีความเกี่ยวข้องต่อกันกับบุคคลอื่น เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. มีการคำนึงถึงคนอื่นที่ก่อแบบแผนพฤติกรรมทางสังคม โดยเน้นหน้าที่และบทบาทต่างๆ

4. ยอมรับความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ กิจกรรม (Activities) ความเกี่ยวข้องกัน (Interactions) ความรู้สึกที่มีต่อกันหรือชอบพอกัน (Sentiment)

กระบวนการที่ใช้กลุ่มในการแก้ปัญหา หรือกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกันเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ สมาชิกกลุ่มจะเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค้นหาและพบวิธีการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ก่อให้เกิดแรงจูงใจ มีพลังและสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมในทุกๆ ด้าน

ในทางจิตวิทยาพบว่า “กลุ่ม” มีอิทธิพลอย่างมากต่อบุคคล โดยเฉพาะในด้านของความคิดและการปฏิบัติ ทั้งกลุ่มสังคม ครอบครัวยังทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตามที่กลุ่มต้องการสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (Self Awareness) โดยที่บุคคลจะได้มีการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### 2.3.1 ชนิดของกลุ่ม

มีผู้สรุปไว้ตามเกณฑ์ต่างๆ ดังนี้

แบ่งตามจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกได้เรียนรู้จากกลุ่มและกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่

### 2.3.1.1 กลุ่มระดับประครอง (Support group) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก

4-12 คน มาพบกันเดือนละ 1 ครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สมาชิกจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ของตนเองในกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกร่วมกัน (Universality) และเรียนรู้จากผู้อื่นที่มีประสบการณ์เดียวกัน

### 2.3.1.2 กลุ่มเรียนรู้ (Educational group) จัดตั้งกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้รับ

ข้อมูลและการเรียนรู้จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียนรู้จากการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร กลุ่มผู้พิการที่เรียนรู้วิธีการใช้เครื่องช่วยต่างๆ เช่น รถเข็นคนพิการ

### 2.3.1.3 กลุ่มแสดงความคิดเห็น (Discussion group) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อ

แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อ หรือสิ่งที่น่าสนใจมากกว่าความรู้สึกร่วมกัน

### 2.3.1.4 กลุ่มเฉพาะกิจ (Task group) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อกระทำกิจกรรม

บางอย่าง โดยมีจุดประสงค์เฉพาะและชัดเจน เช่น ผู้ป่วยช่วยกันแก้ปัญหาในหอผู้ป่วย

### 2.3.1.5 กลุ่มพัฒนา (Growth group or experiential group) เป็นกลุ่มที่

สมาชิกเข้าร่วมเพื่อเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เช่น Training group โดยสมาชิกสำรวจและพัฒนาตนเอง รู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น รับรู้ถึงความรู้สึกร่วมกันและผู้อื่น ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตตนเอง

### 2.3.1.6 กลุ่มบำบัด (Therapy group) จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมและพัฒนาโดย

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น คล้ายกับกลุ่มพัฒนาและกลุ่มระดับประครอง แต่ผู้นำกลุ่มจะมีบทบาทต่างออกไป โดยจะเป็นผู้ให้ความรู้ อำนวยความสะดวกให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เพื่อให้สมาชิกที่ไม่สามารถแก้ปัญหาตนเองได้สำรวจ สนับสนุนและนำสิ่งที่ได้มาแก้ปัญหานั้นๆ

### 2.3.1.7 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – help group) เป็นกลุ่มที่เกิดจาก

บุคคลที่มีลักษณะเดียวกันมาช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหา สมาชิกจะเป็นผู้นำกลุ่มเอง และมีประโยชน์เป็นที่ยอมรับของกลุ่มในการจัดตั้งกลุ่มดังกล่าว

Wilson, H.S. and Kneisl C.R. (1984) แบ่งชนิดของกลุ่มตามคุณลักษณะสรุป

ได้ ดังนี้

#### 1. กลุ่มเน้นการทำงาน (Task group) มีเป้าหมายของงานชัดเจน โดยได้รับ

การยอมรับจากกลุ่ม

#### 2. กลุ่มรู้จักตนเอง (Self awareness) โดยการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสม มี

วัตถุประสงค์กว้างขึ้น





3. **กลุ่มบำบัด (Therapy group)** เป็นการปรับปรุงการรับรู้ของสมาชิก เพื่อให้เข้าใจตนเอง พอใจกับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น แก้ไขภาวะความเครียด ปรับปรุงบุคลิกภาพให้เหมาะสม

4. **กลุ่มทางสังคม (Social group)** เน้นนันทนาการ การผ่อนคลาย โดยมีความสุขร่วมกัน การผ่อนคลาย รู้จักการใช้สถานการณ์สังคมและมีเพื่อนที่มั่นคง

ปัจจุบันมีแนวคิดรูปแบบการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยการนำเอาแนวคิดการจัดกิจกรรมกลุ่มมาใช้เป็นกลวิธีที่จะส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เน้นการสร้างให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันของสมาชิก ให้เกิดแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนแนวคิด เจตคติ ให้สมาชิกกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามที่มุ่งหวังได้

### 2.3.2 วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่ม (จุฬารักษ์ โสตะ, 2552)

จากแนวคิดกระบวนการกลุ่มจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของสมาชิกในกลุ่ม การแสดงบทบาทของสมาชิก (Role) เพื่อให้กลุ่มสามารถก้าวสู่จุดหมายที่ตั้งไว้ โดยมีองค์ประกอบของกลุ่ม เช่น บรรทัดฐานของกลุ่ม (Norm) คือแนวทางการแสดงออก คำพูด พฤติกรรม เจตคติ เพื่อก่อให้เกิดความเป็นหนึ่งของสมาชิก และแรงยึดเหนี่ยวของกลุ่ม (Group Cohesiveness) เป็นกำลังใจในการแก้ไขปัญหา

การใช้กิจกรรมกลุ่มมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและเพื่อแก้ไขสิ่งที่บุคคลเข้าใจผิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการรับฟังปัญหา จากผู้ที่มีปัญหาล้ำก้นจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย

วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยการใช้กระบวนการกลุ่มนั้น เป็นการให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการในกลุ่มย่อย วิธีการให้ความรู้ในกลุ่มย่อยนั้นมักจะใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มซึ่งเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้ผู้รับบริการได้บรรลุผลตามจุดหมาย มีการพัฒนาด้านเจตคติ ความรู้ ความเข้าใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ รวมทั้งได้ฝึกฝนทักษะในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี สามารถเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อต่างๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และการที่บุคคลซึ่งมีประสบการณ์มาก่อนได้แสดงความรู้ ความคิดเห็นเป็นกลุ่มย่อยนั้น ไม่ใช่เพื่อการอภิปรายเพียงอย่างเดียว แต่ยังหมายถึงการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อจุดประสงค์อื่นด้วย เป็นการจัดให้ผู้มีปัญหาหรือมีความสนใจคล้ายๆ กันมารวมกัน แล้วผู้สอน

เนื้อหาวิชาได้ให้มีการอภิปรายซักถามหรือการจัดแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อเป็นแนวฝึกการซักซ้อม ทบทวน (Rehearsal) ซึ่งเป็นการฝึกหัดร่วมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ เหล่านี้ เป็นต้น

หลักการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มตามทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้สภาพอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในกลุ่ม เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ หรืออาจใช้เพื่อปรับปรุงตนเองให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข ผลที่พึงได้จากการเรียนรู้แบบกลุ่มนั้นได้ทั้งความรู้ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความรู้สึกในด้านต่างๆ จากการเรียนรู้สภาพความเป็นไปของบุคคลในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ในแง่ต่างๆ มีโอกาสในการพัฒนาด้านอารมณ์ และสังคมอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีความเข้าใจและรู้จักตนเองมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็จะช่วยให้เข้าใจผู้อื่นได้ดี เช่น การยอมรับผู้อื่น การได้แสดงออก ได้ฝึกความเชื่อมั่นในตนเอง และฝึกนิสัยการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

**2.3.3 ลักษณะสำคัญของกระบวนการกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม (จุฬารักษ์ โสตะ, 2552)**

1. สมาชิกในกลุ่มมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน
2. สมาชิกมีการโต้ตอบกันอย่างเสรี
3. สมาชิกต้องมีพฤติกรรมแสดงบทบาทกระทำกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มบรรลุ

จุดมุ่งหมายที่วางไว้

4. สมาชิกต้องมีแนวคิดร่วมกัน ซึ่งจัดเป็นความคิดของกลุ่ม
5. มีผลการตัดสินใจร่วมกันในรูปของกลุ่ม มิใช่สมาชิกคนหนึ่งคนใด
6. สมาชิกทุกคนต้องยึดมั่นในท่าทีของกลุ่มอย่างแข็งขัน และมีพฤติกรรม

คล้อยตามในเรื่องนั้นๆ

7. กิจกรรมกลุ่มที่ให้สมาชิกกระทำ ต้องมีส่วนช่วยลดความเครียด หรือช่วยบำบัดความต้องการของกลุ่มด้วย

8. สมาชิกทุกคนจะต้องมีความเข้าใจในวิถีทาง และปัจจัยที่จะทำให้กลุ่มเจริญก้าวหน้าไปสู่วัตถุประสงค์ที่วางไว้ ช่วยให้สมาชิกมีความรับผิดชอบต่อกิจกรรมของกลุ่มมากขึ้น



## การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม มี 3 ระยะ คือ

### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกลอดภัย(The Introductory Phase or Initiating Phase)

เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย ความจริงใจ ที่สำคัญคือ มีความไว้วางใจกันอย่างแท้จริง ทำให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตัวเอง และยอมรับในผู้อื่น ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกลอดภัยให้กับสมาชิก ในตอนแรกผู้นำกลุ่มต้องกล่าวขำให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกลอดภัยขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และการอยู่ในบรรยากาศด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนน้อม สนใจ ตั้งใจฟัง สภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย จะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย ได้แสดงความรู้และความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่าทุกคนต้องต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคเหมือนกัน กระบวนการกลุ่มจะไม่เกิดขึ้นหากปราศจากสัมพันธภาพที่ดีในขั้นตอนนี้

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase)

ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม เป็นระยะที่สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับตนเองว่ามีปัญหา หาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีการแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้รับโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์นี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณเองมีค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง ช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆ ให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่างได้ ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ปัญหา

### ระยะที่ 3 ขั้นปิดกลุ่มหรือระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (The closing stage หรือ Final Phase)

ระยะนี้เป็นขั้นที่สำคัญที่สุด จำเป็นต้องทำทุกครั้งที่ปิดกลุ่ม เป็นขั้นที่ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยสมาชิกรวบรวมประสบการณ์ สรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยสมาชิกประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาตนเองและความสำเร็จในกลุ่ม

ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำควรจะได้บอกสมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งชี้แนะให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป และต้องมีการประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกว่าคุณเองสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองได้หรือไม่ เป็นต้น

#### 2.3.4 พัฒนาการของกลุ่ม แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 5 ขั้น ดังนี้

**ขั้นที่ 1 ก่อตัว (Forming)** กลุ่มมารวมกันเป็นครั้งแรก สมาชิกยังไม่คุ้นเคย ยังแปลกหน้ากันอยู่ จึงเป็นระยะที่เริ่มทำความรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน มีบรรยากาศของความตื่นตัว มองโลกในแง่ดี แต่มีความกังวลและสับสนอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มจะสุภาพ อดทน ระมัดระวังในการแสดงความคิดเห็น

**ขั้นที่ 2 ปะทะ (Storming)** เมื่อระยะเวลาผ่านไปจะมีความสนิทสนมกันมากขึ้น ระยะนี้เป็นการแสดงความคิดเห็น การโต้ตอบ การโต้แย้ง แสดงอารมณ์ ความรู้สึก สมาชิกบางคนยังมีความเป็นปัจเจกชนอยู่ ความร่วมมือยังไม่ดีนัก บางทีอาจมีการจับผิด ความขัดแย้ง ไม่พอใจ จึงมักจะมีการละเลยพฤติกรรมเพื่อลดความขัดแย้ง

**ขั้นที่ 3 ลงตัว (Norming)** หลังจากที่สมาชิกในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึกแล้ว สมาชิกต่างเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการยินยอมรับฟังเหตุผล เริ่มเกิดความสงบ ความขัดแย้ง มีการปรับตัว ยอมรับบรรทัดฐานของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มเริ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บทบาทสมาชิกกลุ่มเด่นชัด ระยะนี้จึงสามารถสร้างพลังกลุ่มได้

**ขั้นที่ 4 ใฝ่งาน (Performing)** สมาชิกในกลุ่มเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างราบรื่น สามารถจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้ เป็นระยะที่กลุ่มทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย เกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ

**ขั้นที่ 5 ก่อตัวใหม่ (Reforming)** มีสมาชิกใหม่เข้าร่วมกลุ่ม กำหนดเป้าหมายใหม่ของกลุ่ม และพัฒนาการเป็นขั้นก่อตัวต่อไป

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำชนิดของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self – help group) ในการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้โปรแกรมสุขศึกษาในแต่ละสัปดาห์ที่จัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและมีการให้กำลังใจ ช่วยเหลือ สนับสนุนข้อมูลข่าวสารต่างๆ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและสุขภาพดีขึ้นและมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้นด้วย



### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

สมใจ ราชวง (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับทฤษฎีความสามารถตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ดีวก่อนทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สุพร มหาวารากร (2551) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยศึกษา ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดีวก่อนทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธีรยา วชิรเมธาวิ (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษา ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติตัว พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนด้านการให้กำลังใจ เอาใจใส่ กระตุ้นเตือน จากบุคคลใกล้ชิดและแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ

จุฑารัตน์ ถมอ่อน (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มโดยศึกษา เจตนาดีของผู้ป่วย การรับรู้ในความสามารถ ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการมารับบริการตรวจตามนัด พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีเจตนาดี การรับรู้ในความสามารถ ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการมารับบริการตรวจตามนัด ดีวก่อนทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สุกัญญา แซ่ลี (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ โดยศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมนักเรียน ประถมศึกษา กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ดีวก่อนทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค พบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมสตรีอายุ 35-60 ปี กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคดีวก่อนทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ธนารัตน์ จันดามิ (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา โดยศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ดีวก่อนทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

สุขปราณี นรารมย์ (2552) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยศึกษาความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ



สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุภาภรณ์ นารี (2550) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยศึกษาความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค พบว่าหลังการให้โปรแกรม นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ดีวก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีแผ่นคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อรุณย์ ศรีนวล (2548) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ดีวก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำความรู้เรื่องโรคเบาหวานและทฤษฎีที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังในกรอบแนวคิด ดังนี้

#### 4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ  
ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

##### 1. ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

- 1.1 การบรรยายประกอบสื่อ เอกสาร แผ่นพับ
- 1.2 วิดีทัศน์ ภาพประกอบ ภาพพลิก
- 1.3 สาธิตตัวแบบและการฝึกทักษะ
- 1.4 กระบวนการกลุ่ม

##### 2. สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

- 2.1 นำเสนอสถานการณ์ของโรคเบาหวานที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงความรุนแรง ที่พบในตัวผู้ป่วยจากวิทัศน์และตัวแบบจริงจากการสาธิต
- 2.2 จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อหาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

##### 3. การฝึกปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

- 3.1 ฝึกการบันทึกการรับประทานอาหารของตนเองในแต่ละมื้อ การรับประทานยาให้ถูกต้อง ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน
- 3.2 ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยไม้ตะบอง
- 3.3 ฝึกปฏิบัติการดูแล การตรวจ การทำความสะอาด การนวดและการออกกำลังกายเท้า

##### 4. การให้แรงสนับสนุนทางสังคม

ญาติ/ผู้ดูแล

- ดูแลเรื่องอาหาร
- ดูแลเรื่องการรับประทานยาให้ถูกต้อง
- กระตุ้นการออกกำลังกาย
- กระตุ้นการตรวจเท้าก่อนนอน, การนวดเท้า, การออกกำลังกายเท้า

อสม.

- ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง
- นำออกกำลังกาย
- เชื่อมบ้านเพื่อให้กำลังใจและรับฟังปัญหา

ผู้วิจัย

- การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เอกสารคู่มือเรื่องโรคเบาหวาน
- การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์
- การให้คำปรึกษา ข้อมูลย้อนกลับหรือประเมินผลโดยผู้วิจัย
- การให้กำลังใจ ให้รางวัล

พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เรื่อง

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. การรับรู้ความรุนแรงของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
5. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
6. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง  
(HbA<sub>1c</sub>) ลดลงลดลง

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย