



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรม
การควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

**The Effect of Health Sufficiency Promotion Program With Muslim Ways of
Living on Diabetes Control Behavior and Blood Sugar Level
of Uncontrolled Diabetes in Muslims**

นฤมล สุขประเสริฐ

Naruemon Sookprasert

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรม
การควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

**The Effect of Health Sufficiency Promotion Program With Muslim Ways of
Living on Diabetes Control Behavior and Blood Sugar Level
of Uncontrolled Diabetes in Muslims**

นฤมล สุขประเสริฐ

Naruemon Sookprasert

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผู้เขียน นางสาวนฤมล สุขประเสริฐ

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช จิตตานุนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)

.....
(รองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมามพร ปุญญโสพรรณ)

.....กรรมการ
(ดร. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มี
ส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวนฤมล สุขประเสริฐ)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวนฤมล สุขประเสริฐ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
ผู้เขียน	นางสาวนฤมล สุขประเสริฐ
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 แห่งในจังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการจับคู่ เพศ อายุ และระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ กลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยโปรแกรมและแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โปรแกรมทดลองใช้โดยพยาบาล 5 คน และ แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติไคสแควร์และสถิติทีอิสระ และ ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (42.23 และ 35.93, $p < .001$) มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (121.40 และ 225.13, $p < .001$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .823$ และ $p = .713$) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(42.23 และ 33.26 $p < .001$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (121.40 และ 230.53 $p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือด จึงควรนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพื่อให้สามารถ ดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และ ยั่งยืน

Thesis Title	The Effect of Health Sufficiency Promotion Program With Muslim Ways of Living on Diabetic Control Behavior and Blood Sugar Level of Uncontrolled Diabetes in Muslims
Author	Miss Naruemon Sookprasert
Major Program	Community Nurse Practitioner
Academic year	2016

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the The Effect of Health Sufficiency Promotion Program with Muslim Ways of Living on Diabetic Control Behavior and Blood Sugar Level of Uncontrolled Diabetes in Muslims. The recruited sample comprised 60 uncontrolled DM Muslim patients who were attending two diabetes clinics at two secondary hospitals in Pattani Province. Purposive sampling was used to select subjects according to the inclusion criteria Sex, Age and Blood Sugar Level. Patients were divided into two groups: 30 patients in the experimental group received the Health Sufficiency Promotion Program for eight weeks and 30 patients in the control group received normal nursing care. The intervention tools that is the Health Sufficiency Promotion Program with Muslim Ways of Living and and data collection tools included demographic data and health data forms, diabetic control behavior questionnaires scored on a scale of 15-60, and glucometer. All instruments were examined for content validity by three experts. The program was tested for it applicability by five nurses. The reliability of diabetic control behaviors questionnaire was tested by using Cronbach's alpha coefficient yielding a value of 0.82. Demographic data were analyzed using descriptive statistics, differences in general data tested with chi square statistics and independent statistics, and the hypothesis tested through paired t-test and independent t-test.

The result revealed that for the experimental group, the mean score of diabetic control behaviors posttest was significantly higher than that at pretest (42.23 vs 35.93, $p < .001$) and the mean score of blood sugar level was lower than that at pretest (121.40 vs 225.13, $p < .001$). For the control group, the mean score of diabetic control behaviors posttest and pretest were not significantly different and the mean score of blood sugar level posttest and pretest were not

significantly different ($p = .823$ and $p = .713$). The mean score of diabetic control behaviors posttest of the experimental group was significantly higher than that of the control group (42.23 vs 33.26 $p < .001$) and the mean score of blood sugar level was significantly lower than the control group (121.40 vs 230.53 $p < .001$)

The result showed that the Health Sufficiency Promotion Program with Muslim ways of Living is effective in supporting uncontrolled diabetes in Muslims to increase diabetic control behavior and blood sugar level. Therefore, this program should be provided as a guideline to care for uncontrolled diabetes in Muslims to increase and maintain the diabetic control behavior and blood sugar level.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความอนุเคราะห์ของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ และรองศาสตราจารย์ อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ ที่ดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำทุกขั้นตอน ถ่ายทอดความรู้ให้อย่างเต็มที่ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยมีความประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบของพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ ดร. ซอพิยะห์ นิมะ และ นายแพทย์มูฮัมหมัดอาลี กระโค ที่สละเวลาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสม ขอขอบพระคุณกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ในการชี้แนะข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และช่วยเหลือผู้วิจัย ระหว่างการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ร่วมงานแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในด้านการทำงาน การทดลองใช้เครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การให้กำลังใจ เพื่อให้การทำวิจัยสำเร็จด้วยดี และขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่ได้เสียสละและให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ จนทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่ๆ และเพื่อนทุกคน ที่คอยสนับสนุนด้านการศึกษา ให้กำลังใจ และติดตามความก้าวหน้า จนประสบความสำเร็จ รวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหน่วยวิจัยเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตที่ผสมผสานลงตัวของคนไทยในภาคใต้ ระยะที่ 2 ที่สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ความสำเร็จในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นวิทยาทาน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิดประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยในการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรคและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสมดุล ยั่งยืน เหมาะสมตามวิถีชีวิต

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคเบาหวานและการควบคุมโรคเบาหวาน.....	10
แนวคิดการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด.....	10
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทางการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด.....	19
การส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.....	21
ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง.....	21
หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม.....	22
เศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม.....	25
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม.....	26
การบริโภคอาหารในมุสลิม.....	27
การออกกำลังกายในมุสลิม.....	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม.....	30
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุม	
โรคเบาหวานตามหลัก PICO.....	31
องค์ประกอบของโปรแกรม.....	33
สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	48
ผลการวิจัย.....	48
อภิปรายผลการวิจัย.....	53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	62
เอกสารอ้างอิง.....	64
ภาคผนวก.....	75
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	76
ข คำชี้แจงการใช้โปรแกรม.....	77
ค การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	95
ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ.....	96
จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	98
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	101
ประวัติผู้เขียน.....	102

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล.....	49
2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง.....	51
3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มควบคุม.....	52
4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
5 ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	96
6 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง.....	97
7 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวมก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	98
8 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	98
9 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง.....	99
10 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มควบคุม.....	99
11 จำนวนและร้อยละของค่าระดับน้ำตาลในเลือดแบ่งตามเกณฑ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม.....	100

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	39
2	แผนผังโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.....	45
3	ตัวอย่างคู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม.....	89
4	ตัวอย่างแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม.....	90

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตสารอินซูลินซึ่งช่วยให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ หรือร่างกายมีความผิดปกติไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างเต็มที่ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ประเทศไทยพบอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2547, 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 7.0, 6.9 และ 8.8 คิดเป็น 4.8 ล้านคน ในปี 2557 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) จากรายงานของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center ปี 2556- 2558 พบว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 593.84, 804.31 และ 349.30 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และ จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะพบว่าประชากรมุสลิมมีอัตราการเจ็บป่วยไม่แตกต่างจากประชากรที่นับถือศาสนาอื่น โดยมีแนวโน้มของการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน (มาหามะและคณะ, 2552) ทั้งนี้ เพราะอาหารของชาวมุสลิม มักมีส่วนผสมของกะทิ ไขมันสูง นิยมบริโภคอาหารประเภทแป้ง และ น้ำตาล อีกทั้งมีข้อจำกัดด้านการออกกำลังกาย (กาญจนา, 2554; รุสนานี, 2559) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง น้ำหนักตัวเพิ่ม และส่งผลให้ควบคุมโรคไม่ได้

จังหวัดปัตตานี มีประชากรส่วนใหญ่อายุร้อยละ 75.66 นับถือศาสนาอิสลาม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center จังหวัดปัตตานี พบว่าปี พ.ศ. 2556-2558 มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 223.01, 247.97 และ 285.39 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2558) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดนโยบายในการควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติที่ร้อยละ 40 โดยเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ให้น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ และ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 6-8 ชั่วโมง (FBS) 70-130 mg/dl (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งผลการควบคุมโรคเบาหวานในจังหวัดปัตตานีตั้งแต่ปี 2556-2558 พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน

เกณฑ์ปกติ มีเพียง ร้อยละ 12.92, 9.23, 14.40 , และ 20.76 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2558) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้

ปัจจัยที่มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือการฉีดยาไม่ถูกต้อง หรือ ไม่สม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ปัจจัยเหล่านี้แฝงอยู่ใน แนวทางการดำเนินชีวิตที่มาจากสองส่วน ส่วนแรกคือ พระคำรัสของพระเจ้ามายังประชาชาติ หรือ อัลกรุอัน อีกส่วนคือ คำสอนของพระเจ้า ซึ่งได้บันทึกไว้เป็นภาษาอาหรับ หรือ “ฮะดีษ” (มนัส, 2551) ทั้งสองส่วนครอบคลุมเรื่องสุขภาพ (รอฮานี, 2552) โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันมิให้มนุษย์กระทำการที่ก่อให้เกิดอันตรายกับตนเอง ดังปรากฏในคัมภีร์อัลกรุอัน ความว่า “ร่างกายของคนเรานั้นมีสิทธิ์ที่จะได้รับโภชนาการที่พำนักอาศัย และ เสื้อผ้าอาภรณ์สวมใส่ที่ดี รวมทั้งมีสิทธิ์ได้รับการปกป้อง การบำบัดรักษาเมื่อมีโรคร้ายมาคุกคาม” (มยุรี, 2556) แต่ด้วยบริบทในการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมพื้นที่ รวมทั้งความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนไป ของศาสนาอิสลาม ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (ยา, 2551; ธัญวรรณ, 2552)

เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ต้องควบคุมระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ให้น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ และ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 6-8 ชั่วโมง (FBS) 70-130 mg/dl (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ได้กำหนดวิธีการในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานไว้ 2 วิธี คือ (1) การรักษาด้วยยากระตุ้นการหลั่งอินซูลินหรือเพิ่มการตอบสนองของร่างกายต่ออินซูลิน และ (2) การดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม แต่สิ่งสำคัญและจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เนื่องจากการรับประทานอาหารมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือด (จอร์จตัน, 2556; วิมลรัตน์, 2552) หากมีการควบคุมอาหารที่ดี และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม (ศักรินทร์, 2552) จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

จากการทบทวนงานวิจัยในช่วงปี 2550-2557 เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุม โรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า มีการนำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มาพัฒนาในการจัดการตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน (ทัศนีย์, 2556) โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ยุคลธร, 2555)

โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (รสสุคนธ์, 2555) โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน (จินตนา, 2550) ผลของการวางแผนจำหน่ายที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (มธุรดา, 2550) โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ปริยาภรณ์, 2554) และ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน (ปิยมาลัย, 2551) การดำเนินการในภาพรวมคือ จัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการผ่อนคลายความเครียด ทั้งในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แต่ในบริบทของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ซึ่งดำเนินชีวิตตามหลักคำสอน ทำให้ผู้วิจัยสนใจนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงร่วมกับแนวทางการดำเนินชีวิตตามวิถีมุสลิม มาจัดทำโปรแกรมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดช ในหลวงรัชกาลที่ 9 พระราชทานแก่ปวงชนชาวไทย ในการดำรงอยู่และการปฏิบัติตัว บนพื้นฐานการพึ่งตนเองเป็นหลัก ดำเนินชีวิตบนทางสายกลาง โดยมีความพอประมาณ มีเหตุมีผล มีภูมิคุ้มกันที่ดี มีความรู้ และมีคุณธรรมเป็นพื้นฐาน ซึ่งประเทศไทยได้น้อมนำเอาหลักการนี้มาบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จนถึงปัจจุบัน (สงวน, 2549; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) เพื่อมุ่งพัฒนาระบบสุขภาพให้เป็นระบบสุขภาพพอเพียง ภายใต้สังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข ประกอบกับพระราชดำรัสของพระองค์ท่านที่ได้พระราชทานเมื่อ 1 พฤษภาคม 2553 “การรักษาไม่เน้นที่การรักษาโรคเท่านั้น แต่จะเน้นการรักษาคน สิ่งสำคัญนอกเหนือไปจากการรักษาโรคและรักษาคนคือทำอย่างไร ให้ผู้ป่วยรู้จักรักษาสุขภาพ” ซึ่งการรักษาสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมภายใต้ปรัชญานี้ คือการใช้ชีวิตตามวิถีมุสลิม ภายใต้ หลัก 3 ห่วง 2 เงื่อนไข ได้แก่ (1) ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น (2) ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้นจะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นอย่างรอบคอบ (3) การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึงการเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล ภายใต้ 2 เงื่อนไข ดังนี้ (1) ความรู้ ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบ

ด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผน และความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ และ (2) คุณธรรม ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีวินัย ซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความพากเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อย่างสมดุล ยั่งยืน พึ่งพาตนเองได้ ลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถควบคุมโรค และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่า และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่า และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดและหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ร่วมกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาพัฒนาโปรแกรม เพื่อสร้างความตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ นำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้การควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน ก่อให้เกิดความสมดุล อยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง 2 เงื่อนไข ห่วงที่ 1 มีความพอประมาณ คือมีความสมดุล รู้จักตนเอง รู้ในสิ่งที่ทำ คิดพอประมาณ มีความพอดีไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป การบริโภคอาหารพอประมาณกับความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายพอประมาณ ไม่หักโหม มีความพอดี ไม่เบียดเบียนตนเองหรือผู้อื่น ห่วงที่ 2 มีเหตุผล คือการเห็นเหตุและผลที่ตามมา รู้ถึงเหตุของการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งมาจากผลที่บริโภคอาหารเกินพอดี ไม่พอประมาณ ซึ่งแสดงถึงการเข้าใจถึงเหตุและผล และความจำเป็นของการบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างพอประมาณ เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และลดระดับน้ำตาลในเลือด ห่วงที่ 3 มีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว คือรู้จักความเสี่ยง และหาวิธีรับมือกับความเสี่ยงนั้นได้ สามารถพึ่งตนเองได้ตระหนักู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายเหมาะสม การบริโภคอาหารถูกต้องตามหลัก สามารถคิดอย่างมีเหตุมีผลในการเลือกบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างพอประมาณ

ด้วยตนเองเพื่อนำมาสู่ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี เงื่อนไขที่ 1 ความรู้ ประกอบด้วย มีความรู้ ความชำนาญ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง สามารถพิจารณาเชื่อมโยงผลของการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่มอบความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผลในการเลือกบริโภคอาหารอย่างพอประมาณ และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม สมดุล และ เงื่อนไขที่ 2 คุณธรรม คือต้องมีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตและมีความอดทน มีความพอเพียง ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต มีความซื่อสัตย์ในการเลือกอาหารตามความเหมาะสม ครอบคลุมตามความต้องการของร่างกาย ออกกำลังกายเหมาะสม สมดุลกับพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดการควบคุมโรคเบาหวานที่ดี มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

การส่งเสริมสุขภาพวิถีมุสลิม ตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ซึ่งศาสนาอิสลามได้กำหนดหลักการของการดำเนินชีวิตของมุสลิมทุกคน โดยมีโครงสร้าง 3 ประการ ได้แก่ (1) หลักศรัทธา เป็นหลักที่มุสลิมทุกคนจะต้องศรัทธา ยึดมั่น และยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจ (2) หลักปฏิบัติ เป็นหลักการที่มุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติตาม และ (3) หลักจริยธรรม เป็นหลักคุณธรรมจริยธรรมเพื่อแสดงพฤติกรรมที่งดงามออกมา ซึ่งโครงสร้างหลักดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกัน เมื่อมุสลิมมีความศรัทธาอย่างแท้จริง เป็นทางนำที่จะทำให้มุสลิมมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับคำสอนและหลักปฏิบัติของหลักศาสนาเพื่อนำมาใช้ในการดำรงชีวิต มีพฤติกรรมชีวิตที่ถูกต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม (รอมือเลาะ, 2550 อ้างตามนัยนา, 2553)

ผู้วิจัยจึงได้นำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาประยุกต์โดยเริ่มจากความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมโรคและลดระดับน้ำตาลในเลือดนำมาเป็นพื้นฐานในการเลือกบริโภคอาหาร และออกกำลังกายอย่างพอประมาณ มีเหตุผลต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อให้สามารถควบคุมโรคและลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ มีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ทราบถึงผลที่ตามมาของการบริโภคอาหารเกินพอดี ซึ่งทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงต้องมีความรู้ในการหลีกเลี่ยงอาหาร จำนวนพลังงานที่ได้รับ การออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญพลังงานให้สมดุล และที่สำคัญคือมีคุณธรรม การควบคุมโรคเบาหวานนั้นไม่ได้เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น มีความซื่อสัตย์ มีวินัย พยายามเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีความสมดุลของพลังงานที่ได้รับและใช้ไปกับการออกกำลังกาย ภายใต้อาสาของศาสนาอิสลาม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และมีระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม หลังได้รับ โปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้โปรแกรม

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาภายใต้แนวคิดสุขภาพพอเพียง ตามวิถีมุสลิม เพื่อให้รูปแบบกิจกรรมมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือด ให้ความรู้ฝึกปฏิบัติตามคู่มือเบาหวานมุสลิมควบคุมได้ด้วยสุขภาพพอเพียง มอบคู่มือและแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีมุสลิม และ กิจกรรม “อัลอามีน เธอผู้พอเพียง” เพื่อตั้งเจตนาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 ติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 เพื่อติดตาม ให้คำแนะนำ การควบคุมโรคด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีมุสลิม สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตะฮูเตาะ” เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการควบคุมโรคด้วยสุขภาพพอเพียง สัปดาห์ที่ 5 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 ติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 เพื่อติดตาม ให้คำแนะนำ การควบคุมโรค ด้วยสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม สัปดาห์ที่ 7 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมควบคุมโรคด้วยสุขภาพพอเพียง ด้วยตนเอง และสัปดาห์ที่ 8 ประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือด และ ทำพันธะสัญญา “เราจะพอเพียงตลอดไป” เป็นการให้คำสัญญาต่อตนเอง และพระเจ้าในการควบคุมโรคด้วยสุขภาพพอเพียงอย่างยั่งยืน

2. พฤติกรรมการควบคุมโรค หมายถึง การปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

3. ระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะจากปลายนิ้ว (fasting capillary glucose) หลังจากงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง วัดค่าเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค และ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ในจังหวัดปัตตานี ในช่วงเดือน เมษายน – มิถุนายน 2559

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นโปรแกรมสำหรับพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงได้อย่างยั่งยืน

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม เพื่อพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค ช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้บริบทและวิถีชุมชน

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. โรคเบาหวานและการควบคุมโรคเบาหวาน
 - 1.1 แนวคิดการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด
 - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม โรคและระดับน้ำตาลในเลือด
2. การส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
 - 2.1 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
 - 2.2 หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม
 - 2.3 เศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม
 - 3.1 การบริโภคอาหารในมุสลิม
 - 3.2 การออกกำลังกายในมุสลิม
4. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
 - 4.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ตามหลัก PICO
 - 4.2 องค์ประกอบของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง

โรคเบาหวานและการควบคุมโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคเบาหวานมากขึ้น เนื่องจากภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปส่งผลให้มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2558 ของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่า 1 ใน 11 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (International Diabetes Federation [IDF], 2015) และจากการประเมินสถานการณ์ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี ทั่วโลก 415 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 จะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี 2588 พบมากในกลุ่มอายุ 20-64 ปี ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย 320.5 ล้านคน และในกลุ่ม 65-79 ปี จำนวน 94.2 ล้านคน ในจำนวนนี้ 1 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 78.3 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มจากเป็น 140.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 โดยสถิติจากประเทศต่างๆ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม มีประมาณร้อยละ 40 (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2556) สาเหตุสำคัญคือ พฤติกรรมชีวิตที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านการดูแลสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ผลกระทบจากโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง (เทพ, 2554) ซึ่งภาวะเช่นนี้เกิดขึ้นเช่นเดียวกับประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีจำนวนถึง 1,799,022 คน ร้อยละ 75.66 นับถือศาสนาอิสลาม (ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อ จังหวัดปัตตานี, 2557) ด้วยบริบทในการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมพื้นที่ รวมทั้งความคิด ความเชื่อ ของบางคน ที่คลาดเคลื่อนไป แก่นแท้ของศาสนาอิสลาม ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมบางส่วน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทั้งใน ด้านการบริโภคอาหาร ที่เน้นอาหารจำพวกกะทิ น้ำมัน กะปิ บูด เป็นส่วนประกอบ และออกกำลังกายน้อย

แนวทางการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถดูแลตนเองให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเกณฑ์เป้าหมายของการควบคุม คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดแดง (HbA1C) น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ และ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 6-8 ชั่วโมง (FBS) 70-130 mg/dl (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรม ตามหลัก 3อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 2ส. ได้แก่ สูบบุหรี่ และสุรา. ร่วมกับการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ อ.ที่ 1 คือ อาหารรับประทานอาหารครบ 3 มื้อครบทั้ง 5 หมู่ ลดความหวาน มัน เกล็ม เพิ่มผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้ไขมัน อ.ที่ 2 คือ ออกกำลังกาย การออกกำลังกายทำให้แข็งแรง อายุยืน ลดการเกิดโรคเรื้อรัง และควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ.ที่ 3 คือ อารมณ์ ควรหลีกเลี่ยงเครียดตามความถนัด และ สนใจ ส.ที่ 1 คือไม่สูบบุหรี่ ซึ่งผลเสียของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ เสี่ยงต่อ หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ ส.ที่ 2 คือลดการดื่มสุรา การดื่มสุรา ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจตามมา และการใช้ยา ในการลดระดับน้ำตาลในเลือด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) การใช้ยาในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากโรคเบาหวาน มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเบต้าเซลล์ของตับอ่อนจะค่อยๆ เสื่อมลงมากขึ้นตามระยะเวลาของโรคที่เป็นมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในระยะยาวด้วยการควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกายโดยไม่ใช้ยา การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานควรเริ่มต้นด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน (พงศอมร, 2542) เนื่องจากมีวิธีบริหารยาที่สะดวกและได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยสูงกว่ายาฉีดอินซูลิน ปัจจุบันมียาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทานมากมายหลายกลุ่ม ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ ความเหมาะสม ข้อดี และ ข้อเสีย แตกต่างกันไป โดย ยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทานอาจจำแนกตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น 4 ประเภท (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ดังนี้ (1) ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ได้แก่ Chlorpropamide, Glibenclamide, Glipizide, Gliclazide, Gliquidone และ Glimepiride (2) ยาที่ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับเป็นหลัก นอกจากนี้ยังช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินที่กล้ามเนื้อดีขึ้น ได้แก่ เช่น Metformin, Rosiglitazone และ Pioglitazone (3) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ alpha-glucosidase ที่ผนังลำไส้ ทำให้การดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหารเกิดขึ้นช้าลง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Acarbose และ Voglibose (4) Dipeptidyl Peptidase (DPP) IV inhibitors เป็นยาที่ยับยั้งเอนไซม์ที่ใช้ในการทำลายฮอร์โมนที่หลั่งจากลำไส้คือ glucagon-like peptide-1 (GLP-1) และ glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GIP) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Sitagliptin และ Vildagliptin

สำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้ ได้เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เนื่องจาก หัวใจสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน คือลดการรับประทานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย เพื่อลดพลังงานเข้าสู่ร่างกาย และ การเคลื่อนไหวออกแรง หรือ

ออกกำลังจะช่วยเสริมให้มีการเผาผลาญพลังงาน เพื่อปรับสมดุลพลังงานภายในร่างกาย ซึ่งผู้ป่วย ต้องมีความตระหนักรู้ เข้าใจ มีความเชื่อ และทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และ การออกกำลังกาย จึงจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประสบผลสำเร็จ (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

1. การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ไม่จำเป็นต้องจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตอย่างเข้มงวด แต่ต้องควบคุมพลังงานที่ได้จากอาหารไม่ให้มากเกินไป และต้องได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายเช่นเดียวกับคนปกติ รวมถึงชนิดและปริมาณอาหารแต่ละประเภท โดยการลดปริมาณ หรือเปลี่ยนแปลงสัดส่วนอาหารหรือชนิดอาหารในแต่ละหมวดหมู่ สามารถรับประทานอาหารทดแทนกันได้ ในหมวดเดียวกัน และทดแทนในหมวดอาหารที่ต่างกันได้ เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (เทพ, 2554; วิทยา, 2552; วิลรัตน์, 2552; สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ดังนี้

1.1 การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการโดยการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวจริง กับ น้ำหนักที่ควรจะเป็น ว่าน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ น้อยกว่าปกติ หรือมากกว่าปกติ เพื่อนำมากำหนดความต้องการพลังงานต่อวัน โดยการหาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ด้วยวิธีการคำนวณ หรือเปรียบเทียบจากตารางแสดงน้ำหนักและส่วนสูงตามมาตรฐานดัชนีมวลกาย (BMI)

1.2 การกำหนดพลังงานที่เหมาะสมในแต่ละวัน

ผู้ป่วยเบาหวาน ควรเลือกรับประทานอาหารให้ได้พลังงานที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน พลังงานที่ร่างกายควรได้รับจากสัดส่วนการรับประทาน อาหารควรขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการหรือขนาดของร่างกาย น้ำหนักตัว กิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน โดยขนาดของร่างกายมีความสำคัญในการกำหนดความต้องการพลังงานของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งผลที่ได้จากการคำนวณพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมน้ำหนัก ซึ่งจะมีผลต่อระดับไขมันในเลือด (เทพ, 2554; วิทยา, 2552; วิลรัตน์, 2552)

1.3 ประเภทอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ประเภทอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวาน ควรได้รับอาหารครบหลัก 5 หมู่ ซึ่งสามารถแบ่งตามโภชนาการ ได้ 3 ประเภท ได้แก่ (1) สีเขียว คืออาหารที่รับประทานได้ ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ข้าวกล้อง ตำลึง ผักบุ้ง ชมพู ฝรั่ง แอปเปิล ปลา ไข่ขาว เต้าหู้ขาว เนื้อไก่ ไม่ติดหนัง น้ำเปล่า นมพร่องมันเนย วิธีการปรุงอาหาร ประเภท ต้ม นึ่ง ยำ ลวก ตูน (2) สีเหลือง คือ อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัดจำนวน ได้แก่ ข้าวเหนียว ขนมะม่วง ขนมะปราง สะตอ พักทอง แคร้ง รอดกล้วย น้อยหน่า ขนุน องุ่น มะละกอ ไข่ทอด ผักคะน้า วิธีการปรุงอาหาร ประเภท ปรุง ย่าง (3) สีแดง คือ อาหารที่ต้องงด ได้แก่ หมี่กรอบ ข้าวมันไก่ ผักคอง ทูเรียน ลำไย สับประคด ลองกอง เนื้อติดมัน เครื่องในสัตว์ น้ำอัดลม น้ำหวาน ชาเย็น นมเปรี้ยว วิธีการปรุงอาหาร ประเภท ผัด ทอด

1.4 อาหารแลกเปลี่ยน

การรับประทานอาหารที่มีสัดส่วนพอเหมาะ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สามารถเปรียบเทียบได้จากธงโภชนาการ และตารางอาหารแลกเปลี่ยน ซึ่งอาหารแลกเปลี่ยนเป็นกลุ่มอาหารที่ถูกกำหนดปริมาณไว้แน่นอนและมีคุณค่าทางโภชนาการเท่าเทียมกัน อาหารในหมวดเดียวกันสามารถแลกเปลี่ยนกันได้ เนื่องจากมีคุณค่าทางโภชนาการและปริมาณพลังงานที่ได้รับเท่าเทียมกัน รายการอาหารแลกเปลี่ยนแบ่งออกเป็น 6 หมวด คือ หมวดข้าวแป้งและผลิตภัณฑ์ หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผัก หมวดผลไม้ หมวดไขมัน และหมวดนม (เทพ, 2554; วิมลรัตน์, 2552)

1.4.1 หมวดข้าวแป้งและผลิตภัณฑ์ ควรรับประทาน 6-12 ส่วนต่อวัน อาหารหมวดนี้ 1 ส่วนเท่ากับ 1 ทัพพี ให้โปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี

1.4.2 หมวดเนื้อสัตว์ ควรรับประทาน 2-3 ส่วนต่อวัน แบ่งออกเป็น 4 ประเภท (วิมลรัตน์, 2552) ได้แก่ (1) กลุ่มเนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก ใน 1 ส่วน เท่ากับ เนื้อสัตว์สุก 30 กรัม หรือ 2 ช้อนโต๊ะ ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 0-1 กรัม ให้พลังงาน 35 กิโลแคลอรี เช่น เนื้อปลา เนื้อกุ้ง ลูกชิ้นปลา ลูกชิ้นเนื้อ กุ้งฝอย ไข่ขาว ปลาหมึก หอยแครง หอยลาย เป็นต้น (2) กลุ่มเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ใน 1 ส่วน เท่ากับ เนื้อสัตว์สุก 30 กรัม หรือ 2 ช้อนโต๊ะ ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม ให้พลังงาน 55 กิโลแคลอรี เช่น เนื้อวัวไม่ติดมัน เนื้อเป็ด เนื้ออกไก่ ไก่ไม่มีหนัง เป็นต้น (3) กลุ่มเนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง ใน 1 ส่วน เท่ากับ เนื้อสัตว์สุก 30 กรัม หรือ 2 ช้อนโต๊ะ ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 75 กิโลแคลอรี เช่น เนื้อบดไม่ติดมัน เนื้อไก่ติดหนัง เนื้อเป็ดติดหนัง ดับเป็ด เนื้อปลาทอด ไข่เป็ด ไข่ไก่ 1 ฟอง เป็นต้น และ (4) กลุ่มเนื้อสัตว์ไขมันสูง ใน 1 ส่วน เท่ากับ เนื้อสัตว์สุก 30 กรัม หรือ 2 ช้อนโต๊ะ ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 8 กรัม ให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี เช่น เนื้อปลาสวาย ไส้กรอกไก่ เนื้อวัวติดมัน เนื้อเป็ดติดหนัง เนื้อไก่ติดหนัง

1.4.3 หมวดผัก ควรรับประทาน 6-12 ส่วนต่อวัน อาหารหมวดนี้ 1 ส่วนเท่ากับ ผักสด 1 ถ้วยตวง หรือ 2 ทับพี ผักสุก 1/2 ถ้วยตวง หรือ 1 ทับพี ให้โปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี เส้นใยอาหาร 1-4 กรัม แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) ผักประเภท ก ให้พลังงานต่ำ รับประทานได้ไม่จำกัด เช่น ผักบุ้ง ผักโขม ผักกวางตุ้ง แตงกวา ฝรั่งอ่อน พริกเขียว ใบสาระแหน่ ใบโหระพา ใบกระเพรา ตำลึง มะเขือ ผักกาด เป็นต้น (2) ผักประเภท ข ใน 1 ส่วน เท่ากับ 100 กรัม ให้โปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม เป็นผักที่มีแป้ง และมักเป็นประเภทหัว ได้แก่ ฟักทอง แคร้รอต มันแกว ข้างโพดอ่อน ดอกกะหล่ำ เป็นต้น

1.4.4 หมวดผลไม้ ควรรับประทาน 2-4 ส่วนต่อวัน อาหารหมวดนี้ 1 ส่วนเท่ากับ 1 ผลหรือชิ้นคำ ให้คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม เส้นใยอาหาร 2 กรัม ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวาน ได้แก่ ส้ม แอปเปิล มะละกอ ฝรั่ง กล้วย เป็นต้น

1.4.5 หมวดไขมัน ควรรับประทานน้อยๆ อาหารหมวดนี้ 1 ส่วน เท่ากับ 1 ช้อนชา ให้ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรี ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัวแทนชนิดอิ่มตัว เช่น การใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ซึ่งผู้ป่วยควรรับประทานแต่น้อยหรือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

1.4.6 หมวดนม ควรรับประทาน 1-2 ส่วนต่อวัน อาหารหมวดนี้มีทั้งหมด 3 ประเภท คือ (1) นมไขมันเต็มส่วน 1 ส่วน ให้คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม โปรตีน 8 กรัม ไขมัน 8 กรัม ให้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี ได้แก่ นมจืดไขมันเต็มส่วน นมสดระเหย โยเกิร์ต (2) นมพร่องมันเนย 1 ส่วน ให้คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม โปรตีน 8 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 120 กิโลแคลอรี ได้แก่ นมจืดพร่องไขมัน โยเกิร์ตพร่องไขมัน (3) นมขาดมันเนย 1 ส่วน ให้คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม โปรตีน 8 กรัม ไขมัน 0-3 กรัม ให้พลังงาน 90 กิโลแคลอรี ได้แก่ นมผงขาดมันเนย 6 ช้อนโต๊ะ

1.5 การวางแผนการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ

การเลือกบริโภคอาหาร ควรเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกหมวดใน ปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ขึ้นอยู่กับการประเมินภาวะโภชนาการและปริมาณ พลังงานที่ร่างกายที่ต้องใช้ไป โดยปกติการควบคุมพลังงานของสารอาหารที่ควรได้รับไม่ควรต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน การจัดการอาหารในแต่ละมื้อ ควรยึดหลักให้ได้รับสารอาหารครบ ทุกหมวด มีความหลากหลาย และ มีการกระจายพลังงานจากอาหารในแต่ละมื้อให้เหมาะสม ดังนี้ (เทพ, 2554; วิมลรัตน์, 2552)

อาหารมื้อเช้า ควรรับประทานอาหารให้ได้รับพลังงานมากกว่ามื้อเย็น เนื่องจากต้องมีกิจกรรมต่างๆต้องทำตลอดทั้งวัน มื้อเช้าควรให้ได้รับพลังงานประมาณร้อยละ 30-35 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน (ประมาณ 500-600 กิโลแคลอรี)

อาหารมื้อกลางวัน ควรให้ได้รับพลังงานประมาณร้อยละ 35-40 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน (ประมาณ 600-700 กิโลแคลอรี)

อาหารมื้อเย็น การรับประทานอาหารมื้อเย็นควรระมัดระวังอย่าให้ได้พลังงานมากนัก ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 30-35 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน (ประมาณ 500-600 กิโลแคลอรี) อาหารมื้อเย็นควรเน้นประเภทผัก หลีกเลียงอาหารทอดและอาหารมัน ไม่ควรรับประทานขนมหวานหลังอาหาร ควรมีเพียงผลไม้ 5-6 ชิ้นคำ เนื่องจากหลังอาหารมื้อเย็นมักไม่ค่อยมีกิจกรรมทางกาย จึงควรเดินย่อยอาหาร 15-20 นาที หลังรับประทานอาหารมื้อเย็น

หลักการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยควรใส่ใจในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีประโยชน์ มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ มีความหลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสม ปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยอาหารดังกล่าวควรเป็นอาหารที่สามารถหาได้ง่ายในชุมชน และเป็นที่ยอมรับในการบริโภคในแต่ละวัน (เทพ, 2554; วิทยา, 2550; วิมลรัตน์, 2552; สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยมี 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ (จัญญุหทัย, 2553; สิทธิธา, 2556; สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

2.1 ชนิดของการออกกำลังกาย (Type) หมายถึง ชนิดของกิจกรรมที่จะใช้ในการออกกำลังกาย ควรเลือกในแบบที่ผู้ป่วยชอบ ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย ไม่ต้องใช้ทักษะมาก ใช้กล้ามเนื้อหลายส่วนในการเคลื่อนไหว เช่น การปั่นจักรยาน การแกว่งแขน การเดินเร็ว

2.2 ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) หมายถึง การกำหนดระดับความหนักของการออกกำลังกาย ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเฉพาะทางด้านสรีรวิทยาและขบวนการเผาผลาญในร่างกายในขณะที่ออกกำลังกาย ควรหนักเพิ่มจากกิจกรรมปกติในชีวิตประจำวัน เกณฑ์การประเมินความหนัก มี 2 วิธี คือ (1) อัตราการเต้นของหัวใจ โดยการจับชีพจรเปรียบเทียบก่อนออกกำลังกาย และเมื่อออกกำลังกายผ่านไป 10 นาที ซึ่งเกณฑ์ที่เหมาะสม ชีพจรควรเพิ่มขึ้น 20-30

ครั้ง/นาที่ และ (2) ใช้การพูด โดยสามารถพูดกับเพื่อนที่ร่วมออกกำลังกาย หากมีการหายใจเร็วขึ้น แแรงขึ้น รู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย ถือว่าความหนักอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

2.3 ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Duration) ระยะเวลาและระดับความหนักของการออกกำลังกายจะมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกัน คือ ถ้าระดับความหนักสูงระยะเวลาของการออกกำลังกายจะสั้น ซึ่งระยะเวลาของการออกกำลังกายไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความหนักเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับสุขภาพ ระดับสมรรถภาพเริ่มต้น ความสามารถในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เพื่อให้เกิดประโยชน์ควรใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาที ติดต่อกัน โดยให้กลุ่มกล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำงานแบบต่อเนื่อง หรือสะสมทำเป็นช่วงให้ครบ 30 นาทีในหนึ่งวัน

2.4 ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency) เพื่อให้ปรับตัวต่อการออกกำลังกายระยะเวลาควรปรับเพิ่มขึ้นช้า ๆ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวาน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ เนื่องจากการออกกำลังกายที่มีความถี่น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน

ในช่วงแรกของการออกกำลังกาย ร่างกายจะมีการใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น ระดับอินซูลิน ในเลือดจะลดลงเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ เมื่อเวลาผ่านไปจะมีการหลั่งฮอร์โมนที่ต้านฤทธิ์อินซูลิน(counter-insulin hormone) คือ กลูคากอน (glucagon) แคะทึคอลามีน (catecholamine) เพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลให้เพียงพอ และสลายไขมันใช้เป็นพลังงานในการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงนี้มีความบกพร่องในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ได้ ซึ่งสามารถสรุป ภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายได้ดังนี้

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ที่ใช้อินซูลินชนิดฉีด
2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด (hyperglycemia, ketoacidosis) อาจเกิดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (IDDM) ที่ออกกำลังกายขณะมีระดับน้ำตาลสูง
3. ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ จากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือมีความบกพร่องของระบบประสาทอัตโนมัติ (coronary artery disease, cardiac autonomic neuropathy)
4. ภาวะแทรกซ้อนของตา (retinal hemorrhage, retinal detachment)
5. ภาวะแทรกซ้อนจากไตทำงานบกพร่อง อาจมีปัญหาเกลือแร่ไม่สมดุล ซีด ความดันโลหิตสูง

6. ภาวะแทรกซ้อนของเท้า (เนื่องจาก neuropathy, peripheral vascular disease, decreased resistance to infection, Charcot joint) อาจเกิดการบาดเจ็บเป็นแผลติดเชื้อง่าย
7. การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ กระดูก จากการออกกำลังกายไม่เหมาะสม

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกาย

ภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายสามารถป้องกันได้ โดยการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดตรวจดูภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (microvascular & macrovascular complications) พิจารณาถึงข้อห้ามของการออกกำลังกาย และสอนวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมปลอดภัย ดังนี้

1. งดยกกำลังกาย ในกรณีที่มีข้อห้าม ซึ่งได้แก่ภาวะต่าง ๆ ดังนี้
 - 1.1 เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ระดับน้ำตาลในเลือด > 300 มก. / ดล. หรือ > 250 มก. / ดล. ร่วมกับ ภาวะคีโตซีส
 - 1.2 ความดันโลหิตขณะพักเกิน 180 / 100 มม.ปรอท
 - 1.3 มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ
 - 1.4 มีอาการเจ็บหน้าอก หรือมีภาวะหัวใจขาดเลือดที่ควบคุมไม่ได้
 - 1.5 ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน อักเสบ
 - 1.6 ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน
 - 1.7 มีปัญหาโรคกระดูกและข้อ ที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย
2. มาตรการป้องกัน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - 2.1 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - 2.2 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ขณะเริ่มออกกำลังกาย หรือเมื่อมีเพิ่มความหนักของกิจกรรม
 - 2.3 ตรวจระดับน้ำตาลก่อนออกกำลังกาย หากพบว่า ต่ำกว่า 100 มก. / ดล. ให้รับประทานอาหารพวกแป้ง น้ำตาล ก่อน และ ระหว่างออกกำลังกาย ทุก 30 นาที
 - 2.4 ไม่ฉีดอินซูลิน ในบริเวณอวัยวะที่จะออกกำลังกาย
 - 2.5 หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ อินซูลินออกฤทธิ์สูงสุด
 - 2.6 มีความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ และวิธีแก้ไข

ประเภทของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

การออกกำลังกายจะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ชนิดชนิดแอโรบิก และไม่แอโรบิก ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกัน (มนทิพา, 2552 ; สนธยา, 2557) ในช่วงเริ่มต้นของการออกกำลังกายควรอบอุ่นร่างกาย เพื่อสลายน้ำตาลให้เป็นกรดแลคติก (มนทิพา, 2552) เมื่อร่างกายเคลื่อนไหวต่อเนื่อง 15 นาทีขึ้นไปร่างกายจะเริ่มมีการเผาผลาญน้ำตาลโดยใช้ออกซิเจนมาช่วยในกระบวนการออกซิเดชัน ดังนั้น การลดระดับน้ำตาลในเลือดจึงใช้ได้ทั้งแบบแอโรบิกและไม่แอโรบิก เช่น การเดินเบาๆ การยืดเส้นยืดสาย ภายบริหาร กิจกรรมเหล่านี้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่เมื่อออกกำลังกายได้สักระยะหนึ่ง (นานกว่า 15 นาทีขึ้นไป) ร่างกายจะมีการหายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เรียกว่าเข้าสู่ระบบแอโรบิก ซึ่งจะสามารถช่วยลดไขมันในเลือด และเผาผลาญสารอาหารได้ (มนทิพา, 2552)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที โดยสามารถออกกำลังกายแบบสะสม (การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา, 2546) โดยการแบ่งการออกกำลังกายครั้งละประมาณ 8-10 นาที รวมกันให้ได้ 30 นาทีใน 1 วัน และควรปฏิบัติทุกวัน ใช้ความแรงระดับปานกลาง ให้ร่างกายใช้พลังงานวันละ 200 กิโลแคลอรี ส่วนในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายแบบสะสม โดยแบ่งโปรแกรมออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. สะสมระยะทาง เป็นการสะสมระยะทางของการ เดิน วิ่ง ซึ่งต้องสะสมให้ได้ระยะทาง 15 กิโลเมตรต่อสัปดาห์ ถ้า 1 สัปดาห์ออกกำลังกาย 5 วัน ต้องออกกำลังกายแบบสะสมวันละ 3 กิโลเมตร และอาจแบ่งเป็นสอง หรือ สามช่วง ให้ครบ 3 กิโลเมตร ใน 1 วัน แต่ไม่ควรเดินหรือวิ่งมากกว่า 5 กิโลเมตร ต่อวัน เนื่องจากผู้ป่วยอาจนำไปลดจำนวนวัน ทำให้ 1 สัปดาห์ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันได้

2. สะสมเวลา เป็นการออกกำลังกายทุกวิธี และสามารถออกกำลังกายหลายวิธีรวมกันได้ โดยต้องสะสมเวลาให้ได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ถ้าออกกำลังกาย 5 วันต่อสัปดาห์ จะต้องออกกำลังกายเฉลี่ยวันละ 30 นาที ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2-3 ครั้งใน 1 วัน นั่นคือ ครั้งละ 10 – 15 นาทีต่อครั้ง และสามารถออกกำลังกายได้หนึ่งวัน มากกว่า 30 นาที แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันผู้ป่วยออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือด

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐาน 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม โดยปัจจัยดังกล่าวก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือหากควบคุมได้ แต่มักกลับมา มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซ้ำได้อีก (ฉิชาพัฒน์, 2556) ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 เพศหญิง มักมีนิสัยรับประทานอาหารจุบจิบ หรือรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานมาก และไม่ค่อยออกกำลังกาย มีความสามารถในการออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย เพราะมีกล้ามเนื้อน้อยกว่า และความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่า (ซัชลิต, 2557) ส่วนในเพศชายมักมีพฤติกรรมความเสี่ยง คือ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากเวลาหมดไปกับการสังสรรค์และหารายได้ให้กับครอบครัว (จงดี, 2548)

1.2 อายุ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม หรืออาจเลือกได้น้อย และหากอาศัยในครอบครัวใหญ่ จะยิ่งทำให้ไม่ได้รับการคำนึงถึงประเภทอาหาร ชนิดอาหาร อีกทั้งเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีการเสื่อมของอวัยวะ ไม่กล้าออกกำลังกาย หรือออกแรง มีกิจกรรมทางกาย หรือการเคลื่อนไหวน้อย ส่งผลให้เกิดผลเสียต่อร่างกายได้ (นงนุช, 2547)

1.3 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีการศึกษา สามารถแก้ไขปัญหา และแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองจากโรคที่เป็นอยู่ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และถูกต้อง มีความมั่นใจในการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น (จงดี, 2548)

1.4 อาชีพ อาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ก่อสร้าง ทำสวน ต้องรับประทานอาหารจำนวนมากกว่าอาชีพอื่นๆ เพื่อให้มีแรงในการทำงาน และ เพิ่มโอกาสในการรับประทานอาหารจุบจิบเพิ่มขึ้น อีกทั้งการทำงานที่ใช้แรงงานมาก ทำให้ความต้องการออกกำลังกายลดลง (ภาวนา, 2544; นันทิยา, 2552)

1.5 รายได้ บุคคลที่มีรายได้น้อย ต้องทำงานหนักเพื่อหารายได้ ทำให้ลดความสำคัญในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือทำให้ไม่มี

เวลาในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม รับประทานอาหารสำเร็จรูป ไม่มีเวลาออกกำลังกาย เนื่องจากหมดไปกับการเร่งรีบทำงานเพื่อหารายได้ (นันทิยา, 2552)

1.6 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จะมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมาระยะเวลานาน ซึ่งจะมีแรงจูงใจความกระตือรือร้นน้อยลง (รสมาลิน, 2550; นันทิยา, 2552)

1.7 ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ภาวนา, 2549; วินธนา, 2546; นันทิยา, 2552)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม

2.1 ครอบครัว นิติการบริโภคอาหารมักถูกอบรมมาจากครอบครัว หรือผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในครอบครัวจำนวนมาก ไม่มีโอกาสในการบริโภคอาหารเฉพาะ โรค หรือรสชาติที่เหมาะสม และเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีหน้าที่ดูแลบุตรหลานที่ยังเป็นเด็กเล็ก ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.2 ระบบบริการสุขภาพ ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคล ครอบครัว สังคม และชุมชน โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จะช่วยพัฒนาความสามารถให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (กองสุขศึกษา, 2556)

2.3 วัฒนธรรมและความเชื่อ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในสังคมนั้น เช่น วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของมุสลิม พบว่า มุสลิมมักรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น บูด ปลาเค็ม เนื้อเค็ม อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เช่น โรตีสี มะตะบะ (เสาวภา, 2555; รุสนานี, 2559)

การส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การส่งเสริมสุขภาพพอเพียง ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ร่วมกับวิถีมุสลิม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อย่างถูกต้อง พอเพียง เหมาะสม สามารถตัดสินใจเลือกและกระทำ ตามบริบทโดยไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตภายใต้หลักศาสนา

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ที่พระราชทานเมื่อ ปี พ.ศ. 2517 ให้แนวทางในการดำรงอยู่และการปฏิบัติตัว ในทางที่ควรจะเป็น บนพื้นฐานการมีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย เป็นแนวทางการพัฒนาที่ตั้งอยู่ในทางสายกลาง คำนึงถึงความพอประมาณ มีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันในตัว ตลอดจนการใช้ความรู้ และคุณธรรมเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต (เฉลิมทศพล, 2556)

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาที่ชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชน ในทุกระดับตั้งแต่ระดับ ครอบครัว ระดับชุมชนจนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศ ให้ดำเนินไปใน ทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ (สงวน, 2549)

ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล มีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี ต่อการมีผลกระทบอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้ต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่ง ในการนำวิชาการมาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน ขณะเดียวกันต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนให้มีความซื่อสัตย์สุจริตและให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกเป็นอย่างดี (เฉลิมทศพล, 2556) ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ห่วง 2 เงื่อนไข ดังนี้

ห่วงที่ 1 ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเอง และผู้อื่น เช่น การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ

ห้วงที่ 2 ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้น จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆอย่างรอบคอบ

ห้วงที่ 3 การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ ต่างๆที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผน และความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ

เงื่อนไขคุณธรรม ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตและมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม

อิสลาม เป็นศาสนาที่ได้กำหนดหลักการแห่งการดำเนินชีวิตของมุสลิมทุกคนผ่านทางคัมภีร์อัลกุรอาน และมีแบบอย่างที่ดีจากจริยวัตรของท่านนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) ที่ปรากฏออกมาเป็นหะดีษ (สุพล, 2549; ยูซูฟ และสุภัทร, 2551) มีโครงสร้างหลักของศาสนาอิสลาม ที่มุสลิมทุกคน ต้องเรียนรู้และยึดถือปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย (1) หลักศรัทธา เป็นหลักที่มุสลิมทุกคนจะต้องศรัทธา ยึดมั่น และยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจ (2) หลักปฏิบัติ เป็นหลักการที่มุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติตาม และ (3) หลักจริยธรรม เป็นหลักคุณธรรมจริยธรรมเพื่อแสดงพฤติกรรมที่ดียิ่งออกมา ซึ่งโครงสร้างหลักดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกัน เมื่อมุสลิมมีความศรัทธาอย่างแท้จริง เป็นทางนำที่จะทำให้มุสลิม มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับคำสอน และ หลักปฏิบัติของหลักศาสนา เพื่อนำมาใช้ในการดำรงชีวิต มีพฤติกรรมชีวิตที่ถูกต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม (รอมีเอาะ, 2550 อ้างตามนัยนา, 2553) ดังนี้

1. หลักศรัทธา (รูกนอิหม่าน) เป็นข้อกำหนดอันดับแรกที่มุสลิมศรัทธา และเชื่อมั่นอย่างบริสุทธิ์ใจ ความสมบูรณ์ของมุสลิมเบื้องต้น อยู่ที่การยึดมั่นในหลักศรัทธา ซึ่งหลักศรัทธาประกอบด้วย 6 ประการ คือ (1) ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) มุสลิมจะต้องศรัทธาในอัลลอฮ์แต่เพียงพระองค์เดียว ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการมีมุสลิม (2) ศรัทธาต่อมลาอิกะฮ์ (เทวดาของอัลลอฮ์) เป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ทรงสร้าง มีคุณลักษณะเฉพาะคือ ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่มีเพศ ไม่ชัดเจนคำสั่งของอัลลอฮ์ (3) ศรัทธาต่อคัมภีร์อัลกุรอาน (คัมภีร์ของอัลลอฮ์ ถือเป็นธรรมนูญชีวิตของมุสลิมทุกคน) ซึ่งเป็น

คัมภีร์เล่มสุดท้าย ที่อัลลอฮ์ประทานมายังมนุษยชาติผ่านทางนบีมุฮัมมัด (ซล.) เมื่อประมาณกว่า 1,400 ปี เป็นภาษาอาหรับ ซึ่งมุสลิมทั่วโลกยึดเป็นธรรมนูญแห่งชีวิตมาตราจนทุกวันนี้ (เสาวนีย์, 2545 อ้างตามยูซุฟ และสุกัทร, 2551) (4) ศรัทธาต่อศาสนาทูตของอัลลอฮ์ (ผู้ที่เผยแพรศาสนาของอัลลอฮ์ ได้แก่ รอสูล และนบี) โดยเริ่มตั้งแต่ต้นปีอาดัม จนถึง ศาสนทูตคนสุดท้าย คือ นบีมุฮัมมัด (ซล.) ซึ่งเป็นศาสดาคนสุดท้าย (5) ศรัทธาต่อวันกิยามะฮ์ (วันสุดท้ายและการเกิดใหม่ในวันพิพากษา) ซึ่งอัลลอฮ์ (ซบ.) ได้กำหนดวันสิ้นโลกไว้อย่างแน่นอน แต่ไม่มีผู้ใดทราบว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทุกคนต้องได้รับคำพิพากษา และรับผลตอบแทนของแต่ละคนตามความประพฤติที่ได้ปฏิบัติบนโลกนี้ และ (6) ศรัทธาต่อกฎกำหนดศภาวะของอัลลอฮ์ โดยมุสลิมเชื่อว่าความดี ความชั่วนั้นอัลลอฮ์เป็นผู้กำหนด ดำเนินไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุผล มนุษย์ใช้สติปัญญาที่อัลลอฮ์ประทานมา เพื่อเลือกปฏิบัติตามข้อห้าม หลักศรัทธาทั้ง 6 ประการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทำให้จิตใจของมุสลิมมีความเข้มแข็ง สงบ อดทน สามารถเผชิญปัญหา หรืออุปสรรคทั้งปวง ให้มุสลิมปราศจากความโศกเศร้า เสียใจจากภัยพิบัติ หรือจากการถูกทดสอบจากอัลลอฮ์ (ซบ.)

2. หลักปฏิบัติ (รูกนอิสลาม) หมายถึง หลักปฏิบัติที่มุ่งไปสู่ความสันติ ประกอบด้วย 5 ประการ คือ (1) การปฏิญาณตน (ชาฮาดะฮ์) ถือได้ว่าเป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม โดยจะต้องกล่าวคำว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และมุฮัมมัดนั้นเป็นศาสนทูตของพระองค์” เป็นหลักการปฏิบัติที่สรุปมาจากหลักศรัทธา 2 ประการ คือ ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ และพระคำรัสของพระองค์ นั่นคือ คัมภีร์อัลกุรอาน และการศรัทธาในศาสนทูตของพระองค์ แบบฉบับของท่านคือ ซุนนะฮ์ (2) การละหมาด คือ การปฏิบัติศาสนกิจที่แสดงถึงการเคารพต่ออัลลอฮ์ (ซบ.) ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติ (3) การถือศีลอด เป็นการงดรับประทาน อาหาร งดมิเพศสัมพันธ์ และสำรวมตนในคุณงามความดีเป็นพิเศษในแต่ละวัน ตั้งแต่ปรากฏแสงตะวันจนตะวันตกลับขอบฟ้า ซึ่งทุกคนต้องปฏิบัติต่อเนื่องกันเป็นเวลา 1 เดือน ในเดือนที่ 9 ของปฏิทินอิสลาม (4) การจ่ายซะกาต คือ การบริจาคทรัพย์สินในอัตราที่กำหนดให้แก่ผู้มีสิทธิ 8 ประเภท คือ คนยากจน คนขัดสน คนรับอิสลามใหม่ คนที่มีหนี้สินล้นพ้นตัว และ (5) การประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นการไปเยี่ยมชมเยียนและประกอบศาสนกิจ ณ นครมักกะฮ์ ฮัจญ์เป็นหน้าที่ของทุกคนที่มีความสามารถ ทั้งด้วยวัย มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ร่างกายแข็งแรง มีค่าใช้จ่ายเพียงพอที่จะไปประกอบพิธีฮัจญ์อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โดยไม่ต้องมีหนี้สินและสร้างความลำบากให้แก่คนในครอบครัว หลักการอิสลามนี้มีความสำคัญมาก เพราะเป็นส่วนที่ช่วยขัดเกลาจิตใจ ทำให้มีสมาธิ ฝึกความอดกลั้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ฝึกฝนให้มีความอดทน ไม่ให้มีความตระหนี่ รู้จักแบ่งปัน ทำให้ผู้ศรัทธามีความอ่อนน้อมถ่อมตน และปฏิบัติด้วยความเต็มใจ

3. หลักจริยธรรม (อิหฺซาน) หมายถึง หลักที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรมจริยธรรม เพื่อแสดงพฤติกรรมที่ดีงามออกมาด้วยความบริสุทธิ์ใจ เช่น การปฏิบัติตนเป็นคนดี การมีความกตัญญู กตเวทิต์ ช่วยเหลือผู้อื่น

ความเจ็บป่วยในทัศนะอิสลาม

ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ถือว่าความเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรม หรือความโชคร้าย แต่เชื่อว่า ความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ และการหาย หรือไม่หายจากการเจ็บป่วย หรือการตาย ก็เป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์เช่นกัน แต่ไม่แน่นอน จนกว่าพระองค์จะลิขิตให้หายโดยไม่พยายามเยียวยารักษา อิสลามถือว่า ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ วัดความศรัทธา ความอดทน ความเข้มแข็งต่ออัลลอฮ์ นอกจากนี้ การที่พระองค์ให้เราเจ็บป่วยยังถือเป็นความเมตตา และไม่ให้เราท้อแท้สิ้นหวัง ให้รีบบำบัดเพื่อจะได้หาย ได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป และมีรายละเอียดเกี่ยวกับคำสอนของศาสนาอิสลามดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ, 2551)

1. มนุษย์ทุกคนได้รับการทดสอบจากอัลลอฮ์ ทั้งสุขและทุกข์ เพื่อทดสอบถึงความศรัทธาให้มนุษย์รู้จักขอบเขตของพระองค์เพื่อทดสอบการแบ่งปันให้เพื่อนมนุษย์ในยามสุข อดทนระลึกถึงอัลลอฮ์ในยามทุกข์ เจ็บป่วย ดังนั้น ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จึงเป็นการทดสอบถึงความอดทนในการบำบัดรักษา ทดสอบระดับความศรัทธา ผู้ที่เข้าใจและมีความศรัทธา จะมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วย ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยมุสลิม จึงต้องทำให้สุขภาพทางจิตวิญญาณของเขาแข็งแรง จะได้เข้าใจเรื่องนี้และมีพลังในการต่อสู้กับโรคร้าย หากจิตวิญญาณอ่อนแอ จะเกิดความท้อแท้ หมดกำลังใจ เกิดความเครียด ซึมเศร้า ส่งผลต่อโรคทางกายที่เป็นอยู่ หรือมีภาวะแทรกซ้อน

2. ความเจ็บป่วยถือเป็นการลงโทษ สำหรับผู้ที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติของอัลลอฮ์ การเจ็บป่วยทำให้สำนึกตัว กลับตัวเป็นคนดี มีความเชื่อและศรัทธาต่ออัลลอฮ์ (อิหม่าน) ที่เข้มแข็ง ถือเป็นความเมตตาของอัลลอฮ์ต่อบ่าวของพระองค์ แม้ว่าผู้คนจะตั้งตาคอย ดังนั้น เมื่อเรามีความเจ็บป่วย จึงต้องพิจารณาถึงสิ่งที่ทำผิดบาป และรีบขออภัยโทษต่ออัลลอฮ์ ซึ่งพระองค์เป็นผู้ทรงให้ภัยตลอดเวลา

3. การบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย ไม่แน่นอนรอความตาย หรือปล่อยให้ความเจ็บป่วยหายไปเอง เพราะเมื่อพระองค์ทรงลิขิตให้เจ็บป่วย ทรงลิขิตให้หายป่วยด้วย โดยผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ดังที่ท่านศาสดามุฮัมมัด กล่าวไว้ ความว่า “จงรักษาเถิด แท้จริงพระองค์อัลลอฮ์จะไม่ทรงนำโรคลงมา เว้นแต่พระองค์จะนำยามา เพื่อการบำบัดลงมาด้วย ยกเว้น โรคเดียวที่ไม่มียารักษา

โรค คือ โรคชรา” ส่วนผลของการบำบัดรักษาไม่ขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของพระองค์เท่านั้น เราจึงเห็นผู้เจ็บป่วยที่รักษาไม่หายหรือตายจากโรค แม้เป็นโรคที่ไม่รุนแรงหรือบางคนที่เป็นโรคร้ายแรง แต่สามารถรักษาหายหรือประคับประคองไปได้อีกระยะหนึ่ง

4. ไม่สิ้นหวังหรือท้อแท้ ผู้ป่วย ไม่ควรสิ้นหวังหรือท้อแท้ในความเมตตาของอัลลอฮ์ แม้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ควรซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตายซึ่งถือเป็นบาป และไม่ถือโทษว่าตนทำผิดจนทำให้พระองค์โกรธและทำการลงโทษให้มีการเจ็บป่วย

เศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม

หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ได้นำมาประยุกต์ใช้ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จนถึงปัจจุบัน มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนให้เป็น ระบบสุขภาพพอเพียง ภายใต้สังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมที่ดี (สงวน, 2550) การนำเอาหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายร่วมกับหลักการของศาสนาอิสลาม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ซึ่งยึดทางสายกลางเป็นหลัก (นิตยา, 2551; อาลี, 2556) สามารถสรุปความเชื่อมโยง หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม มีรายละเอียดดังนี้

1. ความพอประมาณ หากมีความพอประมาณ ร่างกายไม่ต้องการแสวงหาเกินความพอประมาณ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ควรมีความพอประมาณในการควบคุมโรค บริโภคอาหารอย่างพอประมาณ ออกกำลังกายอย่างพอประมาณ เพื่อสามารถควบคุมโรคได้อย่างพอประมาณ (สงวน, 2550) ในศาสนาอิสลามถือว่าความฟุ่มเฟือย และความสุรุ่ยสุร่ายไม่พอประมาณ เป็นลักษณะของกลุ่มชน สังกัดตามแนวทางของมารร้าย แต่ความพอประมาณต้องไม่เบียดเบียนตนเองหรือผู้อื่น เช่น การจ่ายค่าเลี้ยงดูแก่ภรรยา และครอบครัว การจ่ายชะกาต

2. ในอิสลามไม่มีหลักการใดไม่มีเหตุผล ทำให้มุสลิมรู้จักเชื่อมั่นในความศรัทธาในอิสลามทุกอย่างชัดเจนและมีเหตุผลความมีเหตุผล หากมีเหตุผลในการรับการรักษา สามารถประยุกต์คำแนะนำ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน มาเป็นเหตุผลในการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค ศาสนาอิสลามรับรองความมั่นคง และความมีเหตุผลของความเชื่อ โดยดูจากความมีเหตุผลตามหลักตรรกวิทยาของอิสลาม ซึ่งผู้นับถือศาสนาอิสลามยึดถืออย่างเหนียวแน่น อิสลามปกป้องมุสลิมจากความสับสนทางความคิด

3. ศาสนาอิสลามสอนให้ดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความไม่ประมาท ยามสุขให้ขอบคุณพระเจ้าที่ประทานความสุข ยามทุกข์ อดทน ต่อสู้ ไม่ท้อถอย รับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะเกิดในชีวิต และ

พร้อมรับมือกับสิ่งนั้น การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว มีการเตรียมสุขภาพให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย นั่นคือการสร้างสุขภาพที่ดี รวมถึงการบริโภคอาหารที่ดี ถูกต้องตามหลัก ออกกำลังกายเหมาะสม ลดความเครียดของจิตใจ การสร้างสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว สามารถควบคุมโรคได้

4. ความรู้ การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ ต้องมีพื้นฐานอยู่ภายใต้วิชาการ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ วางอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง สามารถนำความรู้ คำแนะนำที่ได้รับไปประยุกต์ใช้เพื่อตัดสินใจในการพิจารณาในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ ประกอบด้วย (1) ความรอบรู้ คือมีความรู้เกี่ยวกับวิชาการ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการนำไปใช้ (2) ความรอบคอบ คือความสามารถในการเชื่อมโยงหลักวิชาการ วางแผนประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาโรค และ (3) ความระมัดระวัง คือการมีสติในการนำแผนปฏิบัติ ความรู้ที่นำมาใช้ในการควบคุมโรค (สยาม, 2551) ศาสนาอิสลามมุ่งเน้นให้ผู้ศรัทธา ไม่หยุดนิ่งหาทางให้ชีวิต หลุดพ้นจากความทุกข์ยาก ด้วยการขวนขวายไฝหาความรู้ อย่างมีหลักมีเกณฑ์ โดยมีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาจากความรู้ ทักษะที่เกิดจากการฝึกฝน และการสังสมประสบการณ์ ซึ่งการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองให้ปราศจากความทุกข์ ต้องเกิดจากความรู้ความเข้าใจ และความชำนาญการ

5. คุณธรรม มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต อดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต ในการแก้ไขปัญหา มีความดี ความจริงที่ยึดถือปฏิบัติ (สงวน, 2549) หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม สอนให้ประพฤติดี หลีกห่างความชั่ว มีอิทธิพลต่อความประพฤติของคน ตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามที่ว่า “อิสลามส่งเสริมให้รักษาโรคด้วยวิธีที่อนุมัติ และยาที่ฮาลาล ดังนั้นท่านจงทำการรักษาโรคเถิด รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้” (อิสลามอีลลุดฟี, 2555)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

จากพื้นฐานการดำเนินชีวิตของมุสลิมที่ยึดถือหลักการอิสลามเป็นแนวทางในการใช้ชีวิต ตั้งแต่เกิดจนตาย ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน ทำให้รูปแบบวิถีชีวิตมีความผูกพันและหยั่งลึกกับหลักการศาสนา มาก ประกอบกับศาสนาได้ส่งเสริมให้มุสลิมทุกคนมีความรัก และ ทะนุถนอมร่างกายที่เปรียบดังของขวัญที่ประทานมาโดยอัลลอฮ์ (ซบ.) ให้แต่ละคน เพื่อแสวงหาความดี และความโปรดปรานจากพระองค์ ดังนั้นการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และ การออกกำลังกาย จึงเป็นสิ่งที่มุสลิมทุกคนพึงกระทำ โดยยึดหลักวิถีมุสลิมเข้า

มาเป็นหัวใจหลัก จึงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างยั่งยืน โดยแนวคิดวิถีมุสลิมที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1. การบริโภคอาหารในมุสลิม

หลักปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ทุกคนยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามหลักคำสอน และ ปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างเป็นวัฒนธรรมถือว่าเป็นหน้าที่ (วาฮิบ) โดยเฉพาะช่วงเดือนรอมฎอน ซึ่งมีการลดจำนวนมื้อการรับประทานอาหาร และเวลาในการรับประทานอาหารเหลือเพียง 2 มื้อ คือ รับประทานอาหารหลังตะวันตกดิน และก่อนตะวันขึ้น (มานี, 2542) ในช่วงเดือนรอมฎอนผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มักรับประทานอาหารที่มีรสหวานมากขึ้น เพิ่มปริมาณในการบริโภค ซึ่งการมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้สามารถส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ยา, 2551) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมทุกคนต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคโดย มีพฤติกรรมบริโภคอาหารทั้งช่วงเดือนปกติและช่วงถือศีลอดที่เหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยมีแนวทางการบริโภคอาหารตามหลักการอิสลาม มีดังนี้

1. อาหารฮาลาล (เป็นที่อนุมัติ) เป็นอาหารที่ถูกต้องตามหลักอิสลาม ครอบคลุมทั้งชนิดอาหาร การแสวงหาอาหาร วิธีการปรุงอาหาร วิธีการบริโภค ผลที่ได้รับ คือ ก่อให้เกิดพัฒนาการทางด้านจิตใจ และเชื่อว่าอาหารฮาลาลที่เข้าสู่ร่างกายจะไปช่วยสร้างเนื้อเยื่อต่างๆ มีส่วนเสริมสร้างจิตวิญญาณที่บริสุทธิ์ ต่างจากอาหารฮารอม (เป็นที่ต้องห้าม) เมื่อเข้าสู่ร่างกาย การปฏิบัติศาสนกิจและภารกิจต่างๆจะแปรเปลี่ยนด้วยมลทินถึงขั้นไม่ได้รับการตอบสนอง การปฏิบัติศาสนกิจจากพระผู้เป็นเจ้า (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551) ดังนั้นอาหารฮาลาลจึงต้องเป็นอาหารที่สะอาด ไม่มีสิ่งปนเปื้อน ผ่านกรรมวิธีตามหลักการอิสลาม และหากเป็นสัตว์ต้องเป็นสัตว์ที่ได้รับอนุมัติตามบทบัญญัติศาสนาอิสลามและผ่านการเชือดที่ถูกต้องตามหลักการศาสนาอิสลาม

2. เลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (อาหารค็อยฮิบัน) เป็นอาหารที่ดี มีคุณค่าทางอาหารสูง มีประโยชน์ต่อร่างกาย ผลที่ได้ก่อให้เกิดพัฒนาการทางด้านร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ ผู้ป่วยต้องเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และอาหารที่ให้พลังงานสูง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551)

3. บริโภคอาหารพอประมาณ ศาสนาอิสลาม แนะนำให้รับประทานอาหารแต่พอควร พอดี คือ แบ่งเป็น 3 ส่วน อาหาร 1 ส่วน น้ำ 1 ส่วน และอากาศ 1 ส่วน เพราะการ

รับประทานอาหารมากเกินไปซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย อาจก่อให้เกิดโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดการบดบังต่อหน้าที่ทั้งในโลกนี้และโลกหน้า ดังนั้นการรับประทานอาหารในจำนวนที่พอเหมาะ จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามไปด้วย

4. อาหารที่ไม่อนุญาตให้มุสลิมบริโภค คือ หมู โดยเหตุผลที่ว่า หมูเป็นสัตว์สี่เท้าที่สกปรก กินอาหารไม่เลือกและเป็นสัตว์ที่มี เชื้อโรคภายในตัวมาก เป็นเชื้อโรคที่ฆ่าให้ตายได้ยาก ยกเว้นในสภาวะคับขัน เมื่อสุดวิสัย หากอดอาหารอันจะเป็นผลต่อชีวิตหรือสุขภาพก็ยอมให้บริโภคได้

5. อาหารที่เป็นของมีนเมาทุกชนิด ได้แก่ เหล้า เบียร์ แม้แต่น้ำผสมยารักษาโรค การห้ามดังกล่าวรวมถึงผู้เข้าไปมีส่วนร่วมในการผลิต ผู้จำหน่าย ผู้เสิร์ฟ หรือบริการด้วยเนื่องจากเมื่อกินหรือเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพ ทำลายสติที่ใช้ในการตัดสินใจ รวมถึงทำให้มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้นด้วย (อ้างตามเฉลิมศรี, 2555)

นอกจากอาหารที่เป็นประโยชน์ ซึ่งอนุญาตโดยทั่วไปที่เรียกว่า “ฮาลาล” แล้วองค์อัลลอฮ์ทรงแนะนำให้มุสลิมบริโภคสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น น้ำนม น้ำผึ้ง ผลไม้ อาหารทะเล และควรมีความสำรวมในการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ไม่เียนหรือเดินขณะรับประทานอาหาร

การบริโภคอาหารตามคำสอนของอัลกุรอานและแบบอย่างของท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) จะช่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ ทำให้มีสุขภาพดีมีอิบาเดฮ์ ช่วยในด้านพัฒนาการร่างกายและจริยธรรม (อัครลาภ) โดยอาหารแต่เมื่อควรได้รับแคลอรีที่เหมาะสม มีวิตามินและเกลือแร่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ลดปริมาณประเภทแป้งและไขมัน รวมทั้งอาหารรสจัด รับประทานอาหารที่มีใยอาหาร ย่อยง่าย เพื่อควบคุมให้ร่างกายได้รับปริมาณสารอาหารที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ (วิมลรัตน์, 2543)

สำหรับการถือศีลอด เป้าหมายสูงสุดของการถือศีลอด คือ การขำเกรงต่ออัลลอฮ์ ช่วยปกป้องจิตใจมิให้สิ่งเลวร้ายมาทำลายการถือศีลอด (อิสมาอีลลูตฟี, 2555) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการถือศีลอด ต้องได้รับการตรวจสุขภาพในเดือนก่อนที่จะถือศีลอด เพื่อประเมินความสามารถในการถือศีลอด (มุหมัดคาอ์ฮะ, 2549) เนื่องจากการปรับเปลี่ยนเรื่องการบริโภคอาหารคือ เปลี่ยนจาก 3 มื้อต่อวัน เป็นเหลือ 2 มื้อ แต่ยังคงสามารถควบคุมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกาย ตามหลักการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดได้เช่นเดียวกับช่วงปกติ

สรุป การบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ผู้ป่วยควรใส่ใจในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพียงพอ ครบถ้วนตามสัดส่วนอาหาร และพลังงานที่เหมาะสมในแต่ละวัน โดยอาหารดังกล่าวควรเป็นอาหารที่ฮาลาล และเป็นประโยชน์แก่ร่างกาย สามารถหาได้ง่ายในชุมชนและเป็นที่ยอมรับในการบริโภคในแต่ละวัน ทั้งในภาวะปกติ และช่วงถือศีลอด (เทพ, 2554; วิทยา, 2550; วิมลรัตน์, 2552; สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

2 การออกกำลังกายในมุสลิม

กิจกรรมการออกกำลังกายถือเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีการแสดงความจงรักภักดี (อิบาดะฮ์) ต่ออัลลอฮ์ (ซบ.) ในสมัยท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) ได้ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย เล่นกีฬา และการเคลื่อนไหว ดังหลักฐานที่ปรากฏว่าท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) นิยมการวิ่งแข่ง เดินแข่ง และ ชีมน้ำแข็ง อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ใกล้ชิดได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และปรากฏหลักฐานในอัลฮาดิษ ความว่า ท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) ได้กล่าวว่า "ศรัทธาชน

ที่มีความเข้มแข็งนั้น เป็นที่รักของอัลลอฮ์ มากกว่าศรัทธาชนที่อ่อนแอ จงสนใจในสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับท่าน และจงขอรับความช่วยเหลือจากอัลลอฮ์ อย่าได้มีความท้อแท้ (อ่อนแอ)" (รายงานโดย มุสลิม อิบน์มาญะฮ์ และอะฮ์มัด) ความเข้มแข็งในอัลฮาดิษนี้ คือ ความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสติปัญญา ที่สำคัญความเข้มแข็งในที่นี้เป็นความเข้มแข็งที่เกิดจากความเพียรพยายามหมั่นดูแลสุขภาพของตัวเองของผู้ศรัทธา จนกลายเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งของอิหม่าม (ศรัทธา) และเป็นที่รักของอัลลอฮ์ (ซบ.)

การออกกำลังกายตามหลักของอิสลามนั้นมี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ได้จากการทำอิบาดะฮ์ ที่มุสลิมจำเป็นต้องปฏิบัติ มีในอริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน ได้แก่ (1) การละหมาด ท่าทางที่ใช้ในการละหมาด เช่น ท่าก้ม ยืน นั่ง เท่ากับเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งการละหมาดซุนัตตะรอเวียฮ์ (การละหมาดในค่ำคืนของเดือนรอมฎอน) ตะฮัจญุด (การละหมาดหลังเที่ยงคืน) หรือละหมาดซุนัต ที่ใช้เวลานาน 30-60 นาที/ครั้ง ถือเป็นการบริหารร่างกายอย่างหนึ่ง (กษิษ, 2548) การประกอบพิธีฮัจญ์ ซึ่งการเคลื่อนไหวทำให้ข้อ และกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงมากขึ้น และ (2) ได้มาจากการออกกำลังกายโดยตรง เช่น การชี่มน้ำ การวิ่งแข่ง การว่ายน้ำ เป็นต้น (อัคดุลกรีม, 2555) ตามหลักการศาสนาอิสลามแล้ว การออกกำลังกายในผู้ที่มีเจตนาเพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง สมบูรณ์เพื่อที่จะได้เป็นผู้ที่พระองค์อัลลอฮ์ (ซบ.) ขอมรับยอมเป็นสิ่งที่ดีฮาลาล (เป็นที่ยอมรับ) หากการออกกำลังกายไม่ได้มีเจตนาเพื่ออัลลอฮ์ (ซบ.) ถือว่าเป็นการกระทำที่สูญเปล่า (พณพัฒน, 2551; มาหามะและคณะ, 2552) การออกกำลังกายที่ดีจะต้องมีการปฏิบัติให้

เหมาะสม ควรมีการแต่งกายที่เหมาะสม มีการปกปิดอวัยวะส่วนต่างๆตามที่ศาสนาอิสลามกำหนด โดยเฉพาะในเพศหญิงมีการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไข 3 ประการ ดังนี้

1. สถานที่ในการออกกกำลังกาย ควรเป็นสถานที่มิดชิด หรือสถานที่สาธารณะที่ไม่เปิดเผยจนเกินไป ไม่ใช่สถานที่ที่ฮารอม (ที่ต้องห้าม)
2. ไม่ปะปนระหว่างชายหญิง
3. ไม่มีสิ่งต้องห้ามในอิสลาม เช่น การเปิดเพลงที่เร้าใจ เป็นการปลุกอารมณ์ ส่วนรูปแบบการออกกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงมุสลิมได้แก่ การออกกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ การออกกกำลังกายแบบแรง (พณพัฒน, 2551)

สรุป การออกกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ควรมีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดย ออกกกำลังกาย ในรูปแบบที่อิสลามอนุญาต ไม่มีสิ่งฮารอมมาเกี่ยวข้อง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวาน ปัญหาการควบคุมโรคเบาหวาน และสถิติการคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล และมีส่วนผสมของกะทิ และ ไขมัน ประกอบกับผู้ป่วยบางรายไม่ได้ให้ความสำคัญของการออกกกำลังกายอย่างเพียงพอ เนื่องจากเกรงขัดต่อหลักศาสนาที่ต้องสำรวม ไม่ผาดโผน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมยังมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ดังนี้

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานตามหลัก PICO

การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ เบาหวานมุสลิม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาครั้งนี้ จากงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ก่อนปี 2557 ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล Thailis, Google Scholar, Medline และการสืบค้นด้วยมือจากห้องสมุด

3. กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นโดยใช้กรอบแนวคิดพิโก (PICO Framework) ดังนี้
 P (Population): เบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ I (Intervention): โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียง C (Comparison): เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย O (Outcome): พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด
 ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์โดยการกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ของสถาบัน โจอานนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute for evidence based nursing and midwifery, 2008) ซึ่งจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบจำนวน 17 เรื่อง พบว่าเป็นหลักฐานระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง หลักฐานระดับ 3b จำนวน 8 เรื่อง และหลักฐานระดับ 4 จำนวน 8 เรื่อง ที่มีการประเมินพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานได้ดังนี้

1. การวัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (1) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Fasting Blood Sugar: FBS) เป็นการให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนเป็นเวลา 8 ชั่วโมงก่อนมาเจาะเลือด เพื่อหาระดับกลูโคสในเลือดในเวลาเช้า ค่าปกติคือ อยู่ในช่วง 70-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่จะพบว่าระดับกลูโคสจะขึ้นลงเร็วตามอาหารที่รับประทานเข้าไป ทำให้นำมาเปรียบเทียบผลในการควบคุมอาหารได้ยากจึงจำเป็นต้องหาวิธีวัดด้วยวิธีอื่นที่ให้ผลแม่นยำและแน่นอนกว่า (รศมาลิน, 2550; รศสุคนธ์, 2555 วัลย์ลดา, 2554 หลักฐานระดับ 3b) (2) การวัดระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) เป็นการวัดความหนาแน่นของกลูโคสที่เกาะเม็ดเลือดแดง (glycosylated hemoglobin) ซึ่งสามารถบอกระดับของน้ำตาลในเลือดในระยะ 8 สัปดาห์ ค่าปกติคือ 6.5 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งหากผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้ใกล้เคียงกับ

คนปกติได้มากที่สุด คือ น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ จะสามารถชะลอและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ (เป็ลมาลย์, 2551; รสมาลิน, 2550 หลักฐานระดับ 3b)

2. การติดตามพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค (1) คู่มือสำหรับผู้ป่วยอ่านบททวนที่บ้าน โดยรูปแบบที่ให้ความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น (ชัยพร, 2553; เพ็ญญา, 2555; สัตมา, 2554; เสาวภา, 2555; และ อนงค์, 2552) (หลักฐานระดับ 4) (2) การบันทึกอาหารที่บริโภคโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพบันทึกจำนวนอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ทำติดต่อกัน 3 วันใน 1 สัปดาห์ (รสสุคนธ์, 2552 หลักฐานระดับ 3b) (3) การประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่คลินิกและที่บ้านของผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการเยี่ยมบ้าน และการประเมินทางโทรศัพท์ (ปรีดา, 2553) (4) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใส่ใจ จดจำ และนำไปปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (พรนภา และคณะ, 2551) (หลักฐานระดับ 3.1)

3. การประเมินภาวะโภชนาการ เป็นการประเมินสภาพร่างกาย สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การวัดสัดส่วนของร่างกาย การตรวจทางคลินิก การตรวจทางชีวเคมี การสำรวจอาหารที่บริโภค แต่วิธีการประเมินภาวะโภชนาการที่เลือกนำมาใช้ ซึ่งได้รับความนิยมมาก คือ (1) การวัดสัดส่วนของร่างกาย ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แล้วคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โดยใช้สูตรส่วนของน้ำหนัก (กิโลกรัม) ต่อ ส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง เพื่อประเมินระดับของภาวะโภชนาการ และนำมาคำนวณปริมาณพลังงานและสัดส่วนอาหารที่เหมาะสมในแต่ละวัน รวมทั้งกำหนดรายการอาหารแลกเปลี่ยน และให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละบุคคล ปกติค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 18-23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (รสสุคนธ์, 2555 หลักฐานระดับ 3b)

4. พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน เป็นการประเมินแบบแผน/รูปแบบการปฏิบัติ 2 ด้าน คือ (1) การรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับหลักการศาสนา ลักษณะของการรับประทานอาหาร การแบ่งจำนวนมื้อ ปริมาณในการรับประทานอาหาร การเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ หรือความต้องการของร่างกาย (2) การออกกำลังกาย ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนและหลังการออกกำลังกาย ระดับการออกกำลังกาย ประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและบริบทของศาสนา และ (รสมาลิน, 2550; รสสุคนธ์, 2555; รอฮานา, 2552; สมนึก และคณะ, 2550 หลักฐานระดับ 3b) (นันทิยา, 2552; ปรีดา, 2553; เพ็ญญา, 2555; สัตมา, 2554 หลักฐานระดับ 4)

5. ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมใช้เวลา 4-13 สัปดาห์ และระยะเวลาที่สั้นที่สุดคือ 4 สัปดาห์ (รสสุคนธ์, 2555 หลักฐานระดับ 3b) และระยะเวลาที่นานที่สุด 13 สัปดาห์ (รสมาลิน, 2550 หลักฐานระดับ 3b) แต่ระยะเวลาที่เหมาะสมและได้ผลคือ 8 สัปดาห์ ระยะเวลาที่จัดกิจกรรมในแต่ละครั้ง ประมาณ 45-60 นาที ระยะห่างในการติดตาม 1 สัปดาห์ (นฤมล, 2549; รสมาลิน, 2550; รอฮานา, 2552 หลักฐานระดับ 3b)

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามวิถีอิสลามทั้งด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมาย โดยหวังผลสูงสุดคือการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการเสื่อมของอวัยวะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างสมดุล ยั่งยืน พึ่งพาตนเองได้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเลือกวิธีการประเมินผลก่อนและหลังการทดลองด้วยการวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าโดยเจาะปลายนิ้ว เนื่องจากเป็นวิธีการที่สะดวกและเชื่อถือได้ สำหรับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่เกาะเม็ดเลือดแดง ต้องให้แพทย์เป็นผู้สังตรวจและมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสูง จึงไม่สะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ซึ่งองค์ประกอบของโปรแกรม มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบของโปรแกรม

องค์ประกอบของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นชุดกิจกรรมประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชิ้น ได้แก่ (1) แผนผังโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม (2) คู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม (3) แผนการสอนเรื่อง เบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ด้วยสุขภาพพอเพียง และ (4) แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวาน ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม การดำเนินกิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

1. แผนผัง โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ประกอบด้วยกิจกรรมที่จัด ทั้งที่คลินิกบริการ ติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้ (1) สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการในคลินิกเบาหวาน โดยประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ ระดับน้ำตาลในเลือด ตามแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

และการออกกำลังกาย ให้ความรู้เรื่องการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม มอบคู่มือ เบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม และแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม ทำพันธะสัญญาตั้งเจตนาในการควบคุมโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แนะนำการบันทึกการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายลงในแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม (2) สัปดาห์ที่ 2 และ 5 เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการบันทึกการเลือกบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (3) สัปดาห์ที่ 3 และ 6 ติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามการบันทึกการเลือกบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ในแบบบันทึก การควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียง (4) สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย (5) สัปดาห์ที่ 7 เว้นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วยตนเอง และ (6) สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด

2. คู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม เป็นคู่มือประกอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค การนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย ตามหลัก 3 ห่วง 2 เงื่อนไข เริ่มต้นด้วยความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน กลไกการควบคุมโรค การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสะสมอย่างเพียงพอ คำนวณพลังงานอย่างง่าย การออกกำลังกายแบบสะสม เพื่อสามารถเลือกบริโภคอาหารอย่างพอประมาณ คิดมีเหตุมีผล ถึงสิ่งที่ตามมาหากเลือกบริโภคอาหารไม่เหมาะสม รับรู้ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและพร้อมจะรับมือกับทุกความเสี่ยงด้วยความรู้ที่มีอยู่ถือเป็นภูมิคุ้มกันที่ดี และที่ขาดไม่ได้คือคุณธรรม นั่นคือต้องมีวินัย ซื่อสัตย์ มีความเพียร ในการเลือกบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

3. แผนการสอนเรื่อง เบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ด้วยสุขภาพพอเพียงจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายอย่างพอเพียง ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ความรู้ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ วิธีการ และการประเมินผล

4. แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวาน ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม แบบบันทึกที่ให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมบันทึกกิจกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งการเลือกบริโภค

อาหาร การคำนวณพลังงาน และการออกกำลังกายสะสมอย่างพอเพียง ที่ได้ปฏิบัติในแต่ละวัน ตลอดการทดลอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ตามโปรแกรมที่จัดไว้

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคเบาหวานเป็น โรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีจำนวนเพิ่มขึ้น ตามปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม จากการทบทวนงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานตามหลัก PICO พบว่ามีโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด แต่ยังไม่มีการโปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจง สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ผู้วิจัยจึงได้ จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม เพื่อส่งเสริมสุขภาพพอเพียง ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ร่วมกับวิถีมุสลิม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อย่างถูกต้อง พอเพียง เหมาะสม สามารถตัดสินใจเลือกและกระทำ ตามบริบท โดยไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิต ภายใต้หลักศาสนาอิสลาม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ซึ่งมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

	กลุ่มทดลอง	O ₁	X ₁	O ₂
	กลุ่มควบคุม	O ₃	X ₂	O ₄
X ₁ หมายถึง	กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม			
X ₂ หมายถึง	กิจกรรมการพยาบาลตามปกติ คือ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม โดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ทุก 4 สัปดาห์ ตรวจร่างกายเพื่อตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น และเข้าร่วมการให้สุขศึกษารายกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในคลินิกเบาหวาน พบแพทย์เพื่อสั่งการรักษา และรับยา			
O ₁ หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม			
O ₂ หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม			
O ₃ หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ			
O ₄ หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ			

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมชนิดที่ 2 ที่เป็นมุสลิม ในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งใน จังหวัดปัตตานี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล 2 แห่งในจังหวัดปัตตานี เป็นกลุ่มทดลอง 1 แห่ง และกลุ่มควบคุม 1 แห่ง
2. เป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นที่ไปตามเป้าหมายของการรักษา ได้ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในช่วง 130-350 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. มีประวัติรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 2 ชนิด คือ Glipizide และ Metformin เนื่องจากเป็นยาที่พิจารณาใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)
4. ในกรณีมีภาวะแทรกซ้อน ต้องอยู่ในระยะที่ไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต มีค่า GFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60 (แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน, 2557)
5. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายูได้
6. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น
7. สวมครใจเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม

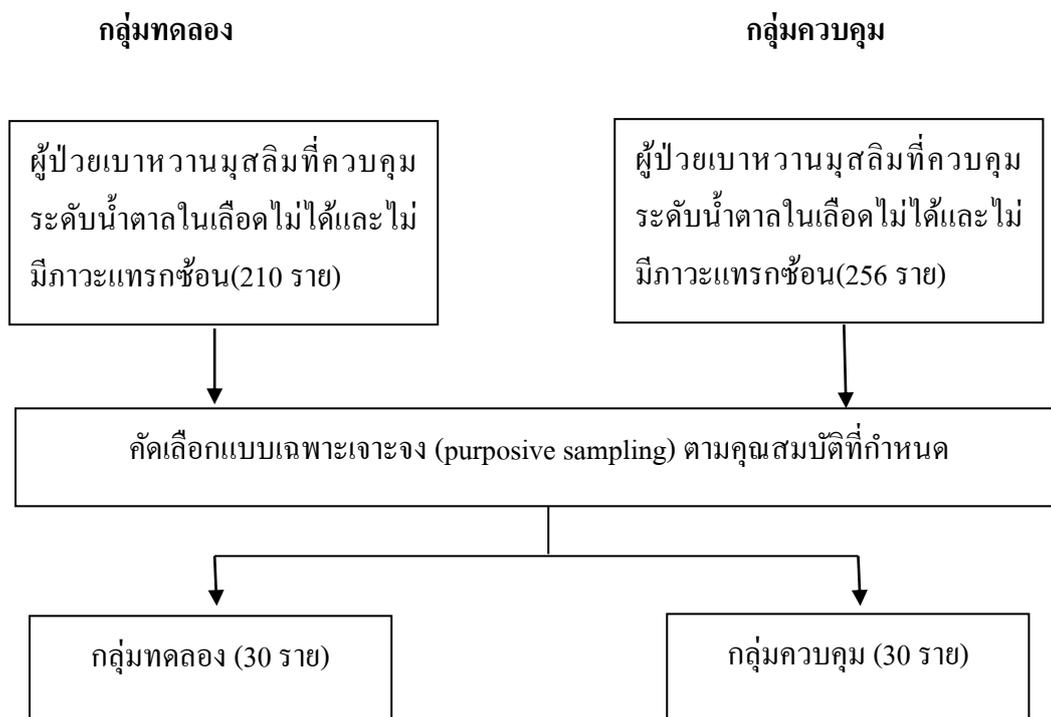
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณค่าอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1977; Cited in Polit, 1996) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของรสสุคนธ์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.77 (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 โดยกำหนดค่า power = 0.8 และ แอลฟา = 0.05 เปิดตารางค่าการทดสอบของโคเฮน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย ระหว่างการดำเนินวิจัย จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และ เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนสองแห่ง ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดคล้ายคลึงกัน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. เลือกผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง แห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 210 ราย และแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 256 ราย
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าแต่ละกลุ่มโดยการจับคู่ให้มีความใกล้เคียงกัน (Homogeneous selection) ในด้านอายุ เพศ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าเฉลี่ย 2 ครั้งย้อนหลังของการมารับบริการในคลินิกเบาหวาน เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลในการทดลอง จนครบกลุ่มละ 30 รายดังนี้



ภาพ 1. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถาม การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สวัสดิการรักษายาบาล ความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด

1.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค ประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น จากการทบทวน

วรรณกรรมแนวความคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 5 และ 8) ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 4, 6, 7, 9 และ 10) และ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวันหรืออย่างน้อย 5 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทุกวัน อย่างน้อย 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือนานๆครั้งอย่างน้อย 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆเลยใน 1 สัปดาห์

2. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะปลายนิ้วชนิดพกพา ของบริษัท แอคคิวเช็ค เพอร์ฟอร์มา (ACCU – CHECK Performa) ใช้ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง หลังจากงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง วัดเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งได้รับการสอบเทียบเครื่องมือจากศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 7 สงขลา ปีละ 1 ครั้ง และตรวจสอบความคงที่ของการวัดโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลทุกสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาล ดำเนินการทั้งที่สถานบริการ ติดตามเยี่ยมบ้าน และ การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชนิด ดังนี้

1. แผนผังโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม โดยกิจกรรมในโปรแกรมดำเนินการทั้งที่คลินิกบริการ ติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์

2. คู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม เป็นคู่มือประกอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค การนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ หลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

3. แผนการสอนเรื่อง เบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ด้วยสุขภาพพอเพียง เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายอย่างพอเพียง

4. แบบบันทึกการควบคุม โรคเบาหวาน ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม สำหรับให้ผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งการเลือกบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม โดยนำทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามวิถีมุสลิม อาจารย์พยาบาลมีความเชี่ยวชาญเรื่องโภชนาการ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพพอเพียงตามวิถีมุสลิม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยประเมินเกี่ยวกับ ความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา ชัดเจนของข้อความ ภาษาที่ใช้ แล้วนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไข ปรับปรุงให้สมบูรณ์ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความง่าย และความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ ส่วนแบบสอบถามการวิจัย นำไปหาค่าสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ IOC (Index of item objective congruence) มีค่าเท่ากับ 0.89

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และ ปรับปรุงแล้ว ผู้วิจัย ได้นำ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษจำนวน 20 ราย ในคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน และทดสอบค่าสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดปัตตานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการเก็บข้อมูล

1.2 จัดส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดปัตตานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน

1.3 ชี้แจง วัตถุประสงค์ และช่วงวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย การใช้แบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดปัตตานีทราบ

1.4 เตรียมตัวผู้วิจัยทั้งด้านความรู้โดยทบทวนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง กับโรคเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้เครื่องมือ และการนำโปรแกรมไปใช้

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน จำนวน 5 คน ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง และไม่มีผลต่อการศึกษา เพียงช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ก่อน-หลังทดลอง

2. ขั้นตอนการ

หลังจากได้รับอนุญาตจากจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ในจังหวัดปัตตานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น โดยดำเนินการวิจัยแยกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1. กลุ่มควบคุม

2.1.1. ผู้วิจัยชี้แจงช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

2.1.2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับอธิบายถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจทั้งนี้บอกให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบในการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ รวมถึงสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ และ ยินยอมให้ข้อมูล จึงให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2.1.3 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในสัปดาห์ที่ 1 และให้การรักษาดูตามปกติ ประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 8 สิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอธิบายให้ฟังตามเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อ และ บันทึกคำตอบตามการตอบของกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

2.2. กลุ่มทดลอง

2.2.1. ผู้วิจัยชี้แจงช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

2.2.2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับอธิบายถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจทั้งนี้บอกให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบในการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ รวมถึงสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและยินยอมให้ข้อมูล จึงให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

2.2.3. ดำเนินการกิจกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ ที่ 1 ผู้วิจัยให้บริการที่คลินิกบริการ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม เจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด อดิวิตัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ พบแพทย์รับยา ตอบแบบสอบถามการวิจัย ให้ความรู้ตามคู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียง ทำสัญญา “อัลอามีน เชอผู้พอเพียง” ลงในหน้าแรกของแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม และฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และนัดหมายเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

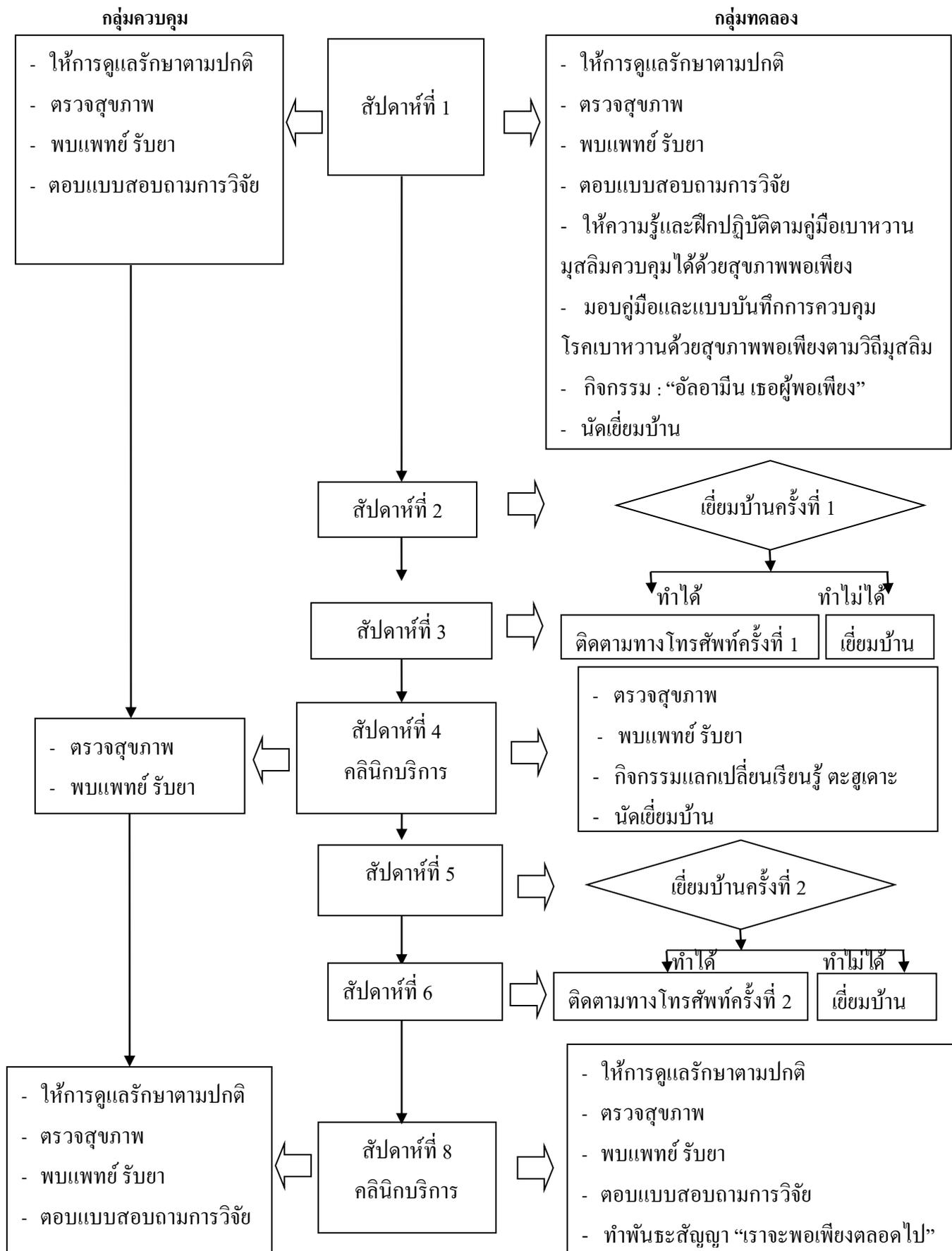
สัปดาห์ที่ 2 และ 5 เยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง เพื่อติดตาม การลงบันทึก การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายใต้สุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม รับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไข ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็นสองแบบ คือ ทำได้ และทำไม่ได้ ในรายที่ทำได้ จะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ถัดไป และในรายที่ทำไม่ได้ จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 3 และ 6 ติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามซักถาม ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ซักถามถึงปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถควบคุมโรคได้ ภายใต้หลักสุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมารับบริการที่คลินิกบริการ ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อดิวิตัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ พบแพทย์รับยา เข้าร่วมกิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่ตะฮูเคาะ” เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการควบคุมโรคเบาหวาน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ปัญหาและอุปสรรค การจัดการปัญหาและอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมโรคต่อสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถทำได้

สัปดาห์ที่ 8 ให้บริการที่คลินิกบริการ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม เจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด อดิวิตัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ พบแพทย์รับยา กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามการวิจัยหลังเข้าร่วม โปรแกรม ถิ่นข้อมูลการควบคุมโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การควบคุมโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายใต้สุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม และร่วมทำพันธะสัญญาต่อตนเองและพระเจ้า ด้วยกิจกรรม “เราจะพอเพียงตลอดไป” ภายใต้หลักสุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม แม้ว่าจะไม่มีการติดตามควบคุมจากเจ้าหน้าที่ และในส่วนของกลุ่มควบคุม จะแจ้งให้ทราบถึงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค และมอบคู่มือการควบคุมโรคเบาหวานในมุสลิมด้วยสุขภาพพอเพียง สำหรับนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ภาพ 2. แผนผังโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียง ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการจัดแจงข้อมูลอย่างเพียงพอและครบถ้วน และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยในเรื่องวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยก่อนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ก่อนการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะต้องลงลายมือชื่อ เพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และได้รับการประเมินสภาพความพร้อมของร่างกายโดยการวัดความดันโลหิต ชีพจร คั่งนิมิตตา และสภาพความเจ็บป่วย หากระหว่างการเข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้น และประสานกับพยาบาลที่คลินิกเบาหวานในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาจากแพทย์ ในระหว่างร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษา ในการบันทึกข้อมูลจะต้องได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อน และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และตลอดระยะเวลาของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัย และตรวจสอบข้อมูลของตนเองที่ได้รับจากการวิจัยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาทั้งหมด ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และ นำข้อมูลที่ได้มาประมวลและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สวัสดิการรักษายาบาล ระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 2 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หากำร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test)

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test)

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test)

ก่อนการใช้พารามตริกดังกล่าวในการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ t-test ดังนี้

1. การทดสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลแบบ โค้งปกติ (normal distribution) โดยการพิจารณาจากกราฟหรือความเบ้ (skewness) ของตัวแปรที่นำมาทดสอบ คือ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการควบคุมโรค และใช้สถิติ Kolmogorov-Sminov test ทดสอบจากกราฟ Histogram โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบ โค้งปกติ (ภาคผนวก ง ตาราง 5)

2. การทดสอบความแปรปรวนของประชากรในแต่ละกลุ่มว่าไม่แตกต่างกัน (equal variance) หรือมีความมีความแปรปรวนเป็นเอกพันธ์ (homogeneity of variance) จากการทดสอบความแปรปรวนของค่าระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการควบคุมโรค โดยใช้สถิติตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างข้อมูล 2 ชุด (Levene test) ในผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยพบว่าความแปรปรวนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ภาคผนวก ง ตาราง 6)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย ซึ่งแห่งที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม 30 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ และแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง 30 รายได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.00) อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 54.57 ปี (SD = 7.17) และกลุ่มควบคุม 53.97 ปี (SD = 7.93) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 และควบคุมร้อยละ 76.70) การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 กลุ่มควบคุมร้อยละ 74.30) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้าง (กลุ่มทดลองร้อยละ 53.40 กลุ่มควบคุมร้อยละ 40.00) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลอง 11,766.66 บาท (SD = 7075.61) และกลุ่มควบคุม 9,090.00 บาท (SD = 3194.64) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองมีรายได้พอใช้ ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 50.00) กลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่ง มีรายได้ไม่พอใช้ (ร้อยละ 63.30) ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างใช้สวัสดิการของรัฐภายใต้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กลุ่มทดลองร้อยละ 56.70 และ กลุ่มควบคุม 60.00) มีผู้ดูแลหลักเป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 36.70 ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม) ทุกคนมีความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 2 ครั้ง เกินกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วง 180-250 mg/dl (กลุ่มทดลองและควบคุม ร้อยละ 70.00) เมื่อนำความถี่ตามลักษณะเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สวัสดิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก และความสามารถในการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างมาทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และทีอิสระ (Independent t-test) ในส่วนของ อายุ รายได้เฉลี่ย และระดับน้ำตาล

ในเลือดย้อนหลัง พบว่า คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(กลุ่มทดลอง $n=30$, กลุ่มควบคุม $n=30$) ด้วยสถิติไคสแควร์ (*Chi-square*) และสถิติทีอิสระ (*Independent t-test*)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Statistics Value	p-values
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.000 ^a	1.000
ชาย	9	30.00	9	30.00		
หญิง	21	70.00	21	70.00		
อายุ	(M = 54.57, SD = 7.17, min = 42, max = 68)		(M=53.97,SD= 7.93, min = 42, max = 69)		.489 ^b	.627
40-49	11	36.70	11	36.70		
50-59	12	40.00	12	40.00		
60-69	7	23.30	7	23.30		
สถานภาพ					.098 ^a	.754
โสด	1	33.30	0	0.00		
คู่	24	80.00	23	76.70		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	16.70	7	23.30		
การศึกษา					.403 ^a	.817
ประถมศึกษา	6	20.00	8	26.70		
มัธยมศึกษา	7	23.30	7	23.30		
ปวช/ปวส.	4	13.30	5	16.70		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	20.00	6	20.00		
ศึกษาด้านอิสลาม	7	23.30	4	13.30		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Statistics Value	p-values
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					3.300 ^a	.069
เกษตรกรกรรม	8	26.70	12	10.00		
ค้าขาย	4	13.30	3	10.00		
รับจ้าง	8	26.70	3	10.00		
รับราชการ	5	16.70	4	13.30		
แม่บ้าน	5	16.70	8	26.70		
รายได้	(M = 11,766.66, SD = 7075.61, min = 5,000 , max =32,000)		(M = 9,090.00, SD = 3194.64, min =5,000, max = 20,000)		1.888 ^b	.064
ไม่พอใช้	9	30.00	19	63.30		
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	15	50.00	8	26.70		
พอใช้ เหลือเก็บ	6	20.00	3	10.00		
สวัสดิการการรักษา					.390 ^a	.823
ประกันสุขภาพ	17	56.70	18	60.00		
ประกันสังคม	4	13.30	5	16.70		
เบิกได้	9	30.00	7	23.30		
ผู้ดูแลหลัก					.067 ^a	.795
สามี/ภรรยา	11	36.7	11	36.70		
บิดา/มารดา	6	20.0	5	16.70		
บุตร	8	26.7	9	30.00		
หลาน	5	16.7	5	16.70		
สามารถดูแลตนเองได้	30	100	30	100		
ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย					-0.439 ^b	.663
131-180 mg/dl	3	10.00	3	10.00		
181-250 mg/dl	21	70.00	21	70.00		
>250 mg/dl	6	20.00	6	20.00		

a = Pearson Chi-square, b = Independent t-test, c = Continuity correction

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov Test) พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังทดลองของทั้งสองกลุ่ม มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยได้ค่าสถิติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก ง ตาราง 5) และเมื่อทดสอบความแปรปรวน (test of homogeneity of variance) พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดมีความแปรปรวนเท่ากัน (ภาคผนวก ง ตาราง 6) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.93, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 35.93 ($SD = 1.76$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 42.23 ($SD = 1.54$) ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.80, p < .05$) โดยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 225.13 ($SD = 33.58$) และระดับน้ำตาลภายหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 121.40 ($SD = 10.96$) (ตาราง 2)

ตาราง 2

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ($N=30$)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		<i>t</i>	p-values
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	35.93	1.76	42.23	1.54	13.93	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	225.13	33.58	121.40	10.96	-15.80	<.001

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.226, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนการทดลองเท่ากับ 33.20 ($SD = 1.66$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการทดลองเท่ากับ 33.26 ($SD = 1.68$) สำหรับค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.372, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองเท่ากับ 229.10 ($SD = 36.41$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองเท่ากับ 230.53 ($SD = 39.15$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ ($N=30$)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		<i>t</i>	p-values
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	33.20	1.66	33.26	1.68	-.226	.823
ระดับน้ำตาลในเลือด	229.10	36.41	230.53	39.15	-.372	.713

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.50, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 42.23 ($SD = 1.54$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 33.26 ($SD = 1.68$) สำหรับผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.70, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 121.47 ($SD = 10.96$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 230.53 ($SD = 39.15$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ ($n_1=30, n_2=30$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		\bar{d}	t	p -values
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	42.23	1.54	33.26	1.68	8.96	21.50	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	121.40	10.96	230.53	39.15	-109.13	-14.70	<.001

\bar{d} = mean difference

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลของโปรแกรมโดยวัดคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.00) สอดคล้องกับสถิติของการเกิดโรคเบาหวานที่พบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) โดยความชุกของโรคเบาหวานในเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 8.3 และในเพศชายเท่ากับร้อยละ 6.6 ซึ่งอาจอธิบายจากการที่ผู้หญิงมีน้ำหนักตัวเกินและมีโรคอ้วนมากกว่าผู้ชาย อีกทั้งเพศหญิงเกิดโรคเบาหวานเร็วกว่าเพศชาย 1.2 ปี (วิทยา, 2554) เพศหญิงไม่เคร่งครัดหรือเคียดขาดในการควบคุมอาหาร (จงดี, 2547) และผลการบันทึกในแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม ในครั้งนี้ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมรับประทานอาหารจุกจิกมากกว่าเพศชาย

สำหรับอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (กลุ่มทดลอง 54.57 ปี SD = 7.17 กลุ่มควบคุม 53.97 SD= 7.93) โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี

ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยที่เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น (รสมาลิน, 2550)

สถานภาพสมรส พบว่าร้อยละ 80.00 มีสถานภาพสมรสคู่ มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ด้วยบริบทของมุสลิม มักส่งเสริมให้คนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวที่มีความพร้อมรับผิดชอบต่อครอบครัวแต่งงานมีคู่สมรส ซึ่งคู่สมรสเป็นกำลังใจสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คอยช่วยเหลือ เอาใจใส่ แบ่งเบาภาระในบ้าน (อุบล, 2557)

ในส่วนของระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 80.00) เนื่องจากในพื้นที่ มีโรงเรียนมัธยมจำนวน 2 แห่ง และมีโรงเรียนด้านศาสนาอิสลาม จำนวน 7 แห่ง ทำให้ไม่ต้องเดินทางไปเรียนในตัวเมือง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีพื้นฐานความรู้ดี จึงสามารถรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย (พงศ์เทพ และยูซุฟ, 2552) ซึ่งระดับการศึกษา มีผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (สฐาภรณ์, 2557) ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น (ธิดา, 2552)

การประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง (ร้อยละ 52.14) สอดคล้องกับการศึกษา ของคุษฎี (2555) พบว่าประชากรไทยที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร รับจ้าง และค้าขาย ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกับประชาชนทั่วไปใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีประกอบอาชีพ เกษตรกร และรับจ้าง (นันทยา, 2552) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยเฉลี่ย 11,766.66 บาท (SD = 7075.61) ครั้งหนึ่งมีรายได้อยู่ในระดับพอใช้ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 50.00) โดยรายได้ที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตัวเอง สามารถจัดหา อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (ธิดา, 2552)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคสูงกว่า และมีระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตาราง 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียง กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคสูงกว่า และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 4) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคได้ดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยสามารถอภิปรายผลตามประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นแรก ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรม โดยมีจุดเน้นที่นำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และประยุกต์ใช้กับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ให้เกิด 3 ห่วง 2 เงื่อนไข นั่นคือ ความพอประมาณ มีเหตุมีผล มีภูมิคุ้มกันที่ดี มีความรู้ คุณธรรม และเริ่มต้นด้วยความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน สามารถเชื่อมโยงผลของการมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายอย่างพอประมาณ โดยไม่ผิดหลักศาสนา เข้าใจถึงเหตุและผล ที่ตามมาหากมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม นั่นคือมีภูมิคุ้มกันดีในตัว อีกทั้งมีคุณธรรม โดยน้อมนำหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ให้มีวินัย ซื่อสัตย์ มีความเพียรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร (เฉลิมทศพล, 2556; อาลี, 2556) และเกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและออกกำลังกาย อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ผลดี ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (รสสุคนธ์, 2555)

ประการที่ 2 ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้เกิดการยอมรับ และไว้วางใจในตัวผู้วิจัย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจกล้าสอบถามข้อมูลและซักถาม (จันทร์จิรา, 2558; พิมพ์พรรณ, 2550) และการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวตามโปรแกรม ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกล้าพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ กล้าซักถาม ทำให้ผู้วิจัยเข้าถึงปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และ นำหลักศาสนา ซึ่ง ชาวมุสลิมให้ความสำคัญกับคำสอน หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (รอมือเลาะ, 2550)

ประการที่ 3 โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจเกี่ยวกับการได้น้อมนำเอาหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งเป็นพระราชดำริของ ในหลวงรัชกาลที่ 9 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งเป็นที่เคารพรักของพสกนิกรชาวไทยและไทยมุสลิมเสมอมา อีกทั้งการนำหลักคำสอนของศาสนาอิสลามซึ่งมีหลักคำสอนคล้ายคลึงกันกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (อาลี, 2556) สำหรับความรู้ ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือเกี่ยวกับ การควบคุมโรคเบาหวานด้วย

สุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม ซึ่งมีรูปเล่มสวยงาม ตัวอักษรตัวใหญ่ มองเห็นชัดเจน ใช้ภาษาเข้าใจง่ายไม่เป็นทางการ มีรูปภาพประกอบเข้ากับประเด็นความรู้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและออกกำลังกายตามวิถีอิสลาม และนำคู่มือกลับไปทบทวนอ่านที่บ้านเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือ ความไม่แน่ใจในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ (2555) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โดยพยาบาลจะสอนและชี้แนะแนวทางการเลือกรับประทานอาหาร ร่วมกับแจกคู่มือการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ความรู้ต้องมีพื้นฐานอยู่ภายใต้วิชาการ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่ใช่เกิดจากความรู้สึกรักคิด (เฉลิมทศพล, 2556) ซึ่งการค้นหาความรู้เชิงระบบ มีความแม่นยำเชื่อถือได้ วางอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง สามารถให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้เพื่อตัดสินใจในการพิจารณาในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุม โรคได้

ความรู้ โดยใช้หลักสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (1) ความรอบรู้ คือมีความรู้เกี่ยวกับวิชาการ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการนำไปใช้ การพัฒนาความรู้ความสามารถ การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุม โรคเบาหวาน การประเมินภาวะโภชนาการ พลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันซึ่งเป็นการคำนวณที่ง่ายไม่ซับซ้อน เน้นคุณค่าอาหารครบสัดส่วนอาหารหลัก 5 หมู่ อาหารแลกเปลี่ยน การเลือกอาหารตามโซนสี โดยกลุ่มอาหารที่รับประทานในแต่ละหมวดสามารถรับประทานตามพลังงานที่ร่างกายต้องการใน 1 วัน (วิมลรัตน์, 2552) และการออกกำลังกาย อย่างพอเพียง (ศกรินทร์, 2552) อย่างไรก็ตาม ด้วยการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม อาจมีอุปสรรคเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกายคลาดเคลื่อน ว่าไม่สามารถออกกำลังกายได้ เกรงจะผิดหลักศาสนาโดยเฉพาะผู้ป่วยเพศหญิง จะมีความกังวลว่าการออกกำลังกาย อาจดูไม่สำรวม และไม่กล้าแสดงออกในที่สาธารณะ ดังนั้น จึงได้ปรึกษาผู้นำศาสนาและผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับหลักคำสอนเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และให้ความรู้ที่เป็นจริงตั้งอยู่บนหลักวิชาการที่ว่าอิสลามไม่ได้ห้ามออกกำลังกาย แต่มีการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายตามหลักการอิสลาม โดยมีเงื่อนไข 3 ประการในการออกกำลังกาย คือ สถานที่ออกกำลังกายควรมิดชิด ไม่เปิดเผยจนเกินไป ไม่ปะปนระหว่างชาย หญิง และต้องไม่มีสิ่งต้องห้ามตามหลักศาสนาอิสลาม (2) ความรอบคอบ คือ ความสามารถในการเชื่อมโยงหลักวิชาการ วางแผนประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาโรค ซึ่งมีการชี้แนะเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้สามารถควบคุม โรคเบาหวานได้ มีการชี้แนะเกี่ยวกับการลด

หรือเพิ่มจำนวนอาหาร การเลือกอาหาร และการออกกำลังกายในแต่ละวัน เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย และ (3) ความระมัดระวัง คือ การมีสติในการนำ ความรู้ และ แผนปฏิบัติ มาใช้ในการควบคุมโรค เมื่อมีความรู้ส่งผลให้ผู้ป่วย ตระหนักรู้ มีความพอประมาณในการเลือกบริโภคอาหาร และออกกำลังกาย ภายใต้อุณหภูมิผล และมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือ คุณธรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความซื่อสัตย์ มีวินัย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม (สงวน, 2549) การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ประการที่ 4 การวิจัยครั้งนี้ ยังให้ความรู้ในคลินิกบริการเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 7-8 คน ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็น หรือซักถามข้อสงสัยได้อย่างทั่วถึง (จรีพร, 2558) เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิกโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม นำไปปฏิบัติ รวมทั้งให้กำลังใจในรายที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายได้ตามเงื่อนไขที่วางไว้ ทั้งนี้ความยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม และการมีความรู้ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคที่ดี (เพ็ญญา, 2555; อาลี, 2556)

ประการที่ 5 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม โดยข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึก จะสะท้อนให้ผู้ป่วยทราบผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของตนเอง มีแนวทางในการมุ่งสู่เป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งมีการวางเป้าหมายและเงื่อนไขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยและพระเจ้า ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในการปฏิบัติตามหลักของความศรัทธา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคสูงขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อีกทั้งการบันทึกการเลือกบริโภคอาหารและออกกำลังกายซึ่งปฏิบัติที่บ้านของผู้ป่วยได้ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตือนผู้ป่วยและช่วยบันทึก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการมีมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการใช้คู่มือและแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และได้รับการติดตามจากบุคคลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ (จินตนา, 2550; พรนภา, 2550; มธุรดา, 2550; รสสุคนธ์, 2555; รุสนานี, 2559)

ประเด็นสุดท้ายที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมโรคได้ และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง คือการติดตามเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ติดตามการบันทึกในแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและญาติสะท้อนว่ารู้สึกประทับใจที่มีการติดตามเยี่ยมบ้านแม้กระทั่งในช่วงที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จนทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจ ตั้งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งในการการเยี่ยมบ้าน สามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปฏิบัติการเลือกบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อไม่มีการติดตามจากผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 7 เพราะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ควบคุมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วยตนเอง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่มีการติดตามทุกสัปดาห์ด้วยการเยี่ยมบ้านหรือการโทรศัพท์ติดตามตลอดการปฏิบัติตาม โปรแกรม (จินตนา, 2550; พรนภา, 2550; มธุรดา, 2550; รสสุคนธ์, 2555; รุสนานี, 2558; อุไรวรรณ, 2553) เนื่องจากเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ต้องสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยองค์ประกอบของโปรแกรม มีจุดเน้นนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งเป็นพระราชดำริของในหลวงรัชกาลที่ 9 ซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวไทยทั้งชาติ และหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาใช้ เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้เกิดการยอมรับ และไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ให้ความรู้โดยใช้ทำคู่มือเกี่ยวกับ การควบคุม โรคเบาหวาน ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม ซึ่งมีรูปเล่มสวยงาม ตัวอักษรตัวใหญ่ มองเห็นชัดเจน ใช้ภาษาเข้าใจง่ายไม่เป็นทางการ มีรูปภาพประกอบเข้ากับประเด็นความรู้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายตามวิถีมุสลิม ซึ่งความรู้เป็นหัวใจสำคัญของปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มีความพอประมาณในการเลือกบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ภายใต้อิทธิพล และมิถุนกันที่ตีในตัว และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือ คุณธรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความซื่อสัตย์ มีวินัย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม อีกทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และ การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง ได้แก่ พอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว และ 2 เงื่อนไข ได้แก่ ความรู้ และ คุณธรรม ของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยได้น้อมนำเอาพระบรมราโชวาทของในหลวงรัชกาลที่ 9 มาประยุกต์ใช้ ภายใต้หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม โดยเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ ซึ่งเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันดีในตัวให้แก่ผู้ป่วย ทำให้มีเหตุมีผลในการเลือกรับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างพอพอประมาณ มีความสมดุล และ คำนึงถึงหลักคุณธรรม ที่มีความซื่อสัตย์ อดทนเพียรพยายามที่จะปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมโรคเบาหวาน พร้อมทั้งลงนามตั้งเงื่อนไขกับตนเองและพระผู้เป็นเจ้าซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวมุสลิม และ จุดแข็งของกลุ่มตัวอย่างเบาหวานมุสลิมคือ การปฏิบัติใดๆก็ตามที่มุสลิมควรยึดถือปฏิบัติ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมจะปฏิบัติตาม เกิดจากความมั่นคง ตั้งใจ สรัทธา ต่อพระผู้เป็นเจ้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ยั่งยืน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ระหว่างเดือน เมษายน – มิถุนายน 2559 โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย ซึ่งแบ่งที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม 30 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ และ โรงพยาบาล แห่งที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง 30 รายได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ประกอบด้วย (1) แผนผังโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม (2) คู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม (3) แผนการสอนเรื่อง เบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม และ (4) แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ และ แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าที่ระดับ .82 และ (2) เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (Portable Glucose Meter) ใช้ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลเป็น 4 ระดับ คือ ควบคุมได้ดี (70-130 mg/dl) ควบคุมได้พอใช้ (131-180 mg/dl) ควบคุมค่อนข้างไม่ดี (181-250 mg/dl) และควบคุมไม่ได้ (>250 mg/dl)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อภิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติทีคู่ (paired t – test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ($p < .05$)
3. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ขั้นตอนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่คลินิกบริการ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมารับบริการตามนัดได้ เนื่องจากติดธุระส่วนตัว ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดย โทรศัพท์เตือน และติดตามก่อนถึงวันนัด หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาในสัปดาห์ที่ 4 ได้ จะเลื่อนมารับบริการในสัปดาห์ถัดไปแทน
2. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมในครั้งนี้ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบได้ทุกเมื่อ ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดย ประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ และองค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ร่วมกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ก่อนลงเยี่ยมบ้านทุกครั้ง เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมรับฟังปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ ร่วมแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถเรียนรู้ขั้นตอนในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมครั้งนี้ และนำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าว มีจุดเน้นที่การสร้างความตระหนักรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เริ่มด้วยความรู้เป็นพื้นฐาน มีความพอประมาณในการเลือกบริโภคอาหาร และ การออกกำลังกายภายใต้ความมีเหตุมีผล มีภูมิคุ้มกันที่ดี และคุณธรรม ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ ออกกำลังกาย อย่างสมดุล ยั่งยืน

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และ การออกกำลังกาย มีการใช้สื่อและภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับวิถีชุมชน คู่มือเบาหวานควบคุมได้ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม มีการยกตัวอย่างอาหารและการออกกำลังกายด้วยภาพประกอบที่ชัดเจน ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจ และ ทบทวนความรู้เพิ่มเติมได้ที่บ้าน ทำให้เกิดการเรียนรู้และนำไปใช้ได้จริง

3. การจัดกิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตะฮูเตาะ” เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สะท้อนถึงปัญหา และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ การออกกำลังกาย ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว ได้สะท้อนถึงปัญหาอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ การออกกำลังกาย เพื่อรับทราบถึงปัญหาได้อย่างครอบคลุม นำไปสู่การเกิดประสิทธิผลของโปรแกรม

4. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยเน้นสุขภาพพอเพียงตามวิถีมุสลิม ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาระบบให้บริการที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลจนถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ และการนำเอาหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงภายใต้หลักคำสอนของศาสนาอิสลามเข้ามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จนสามารถควบคุมโรคได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว ระยะเวลาทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือทุก 1 ปี เพื่อติดตามความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียง

เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (3 อ. 2ส.) ของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย :นโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร.
- กษิณิษ ศรีสง่า. (2548). *การแพทย์ตามแนวทางท่านศาสดามุฮัมมัด ซล.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ศูนย์ศึกษาานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กาญจนา เจะและ. (2554). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กิติกร มีทรัพย์ และคณะ. (2541). *พฤติกรรมความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียด.* นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- ขวัญฤทัย ไตรพีช. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [อิเล็กทรอนิกส์].* รามาธิบดีพยาบาลสาร, 16(2), 259-278.
- เขตสุขภาพที่ 12, สำนักงาน. “ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/admin/transfer_stat.php. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2558.
- จงดี สุขโข. (2548). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านในจังหวัดสงขลา.* งานประสานรัฐและท้องถิ่น กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, สงขลา.
- จตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ. (2551). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาในช่วงเดือนถือศีลของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.* กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- จินตนา ทองเพชร, ผกามาศ พิษรากร, และวิไลวรรณ คมขำ. (2552). *ผลของการส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเองที่มีต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. รายงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เพชรบุรี.
- จรัญ มะลูลีม. (2541). *ปรัชญาอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: อิสลามมิคอะเคเดมี.
- จรีพร คงประเสริฐ. (2558). *คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCDคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- จวีรัตน์ เจริญจิตต์. (2556). *ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*. 24(1), 32-43.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ. (2548). *แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันท์สุข และศุภร์ใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1*. นนทบุรี: ธนาพรส.
- เฉลิมทศพล เจริญสุข. (2556). *แผ่นดินพ่อพอเพียง*. กรุงเทพฯ: เพื่อนเรียน เด็กไทย จำกัด.
- เฉลิมพร ชินาธิวร. (2550). *การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยการรับรู้ในความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(1), 986-989.
- ชัชลิต รัตสาร. (2557). *การระบาดของโรคเบาหวาน และผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย.
- ซอพิยะห์ นิมะ, ยูซุฟ นิมะ, และทีมอาหารและโภชนาการ *โครงการส่งเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้*. (2552) *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการ*. สงขลา: สถาบันระบบวิจัยสุขภาพภาคใต้. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ดำรง แวอาลี. (2548). *การเยียวยาจิตใจด้วยอิสลาม*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินต์ติ้งเฮาส์.
- ณิชภาพันต์ เรื่องสิริวัฒน์, ปาหนัน พิษขนิญโญ, และสุณีย์ ละกำป็น. (2556). *ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 74-87.

- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2547). *การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : วัฒนาการพิมพ์.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2554). *ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- ทักษพล ชรรณรังสี. (2557). *รายงานสถานการณ์โรคNCDsวิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ.
- ทัศนีย์ ชันทอง. (2556) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 85-97.
- ชัยวรรณ หมั่นสกุล. (2552). *พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงปกติและช่วงถือศีลอดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธิดา เหมือนพะวงศ์. (2552). *การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการมุสลิมที่เป็นเบาหวาน*. สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธิดิ สันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. (2549). *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม*. (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ธิดิ สันบุญ. (2545). *ระบาควิทยาของโรคเบาหวานใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ).การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน*.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช โอปะ. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก
- นฤมล ลีลาวัฒน์. (2549). *โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ผลของการออกกำลังกายส่วนแขนต่อเมแทบอลิซึมในผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นัญจิสรา ทองบัวศิริไล และคณะ. (2555). *อิม อร่อย ได้สุขภาพ สไตล์เบาหวาน สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ที่ยังไม่มีภาวะของโรคแทรกซ้อน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- นิตยา วงศ์เดอริ. (2551). *ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม*. การศึกษาประกาศนียบัตรชั้นสูง. การบริหารงานภาครัฐและกฎหมายมหาชนรุ่นที่ 7. สถาบันพระปกเกล้า: จันทบุรี

- นิพนธ์ วิษุตเวส. (2551). ผลของการออกกำลังกายแบบต่อเนื่องและสะสมที่มีต่อการใช้พลังงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- นิมิต ศัลยา.(2553). 30 วิธีคลายเครียด สร้างสุข. กรุงเทพฯ: สถาพรบุ๊คส์.
- นันทิยา จงเจริญ. (2552). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมहारบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- นัยนา ชนะ. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะพฤติกรรมของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นุร์มา แวบือซา. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2549). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- บุญญาณี วัฒนศรีทานัง. (2545). โครงการพัฒนาการสอนการควบคุมอาหารผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปรีดา หนูแดง. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 23(1), 1-14.

- ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาลการใช้โปรแกรม SPSS for windows. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ. (2552). การพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนด้านการออกกำลังกาย การบริโภค และการจัดการความเครียดอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันสมทบ. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พงศ์เทพ สุธีรวิทย์, และชูชีพ นิเมะ. (บรรณาธิการ). (2552). การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีวิทยาศาสตร์กับการสร้างสุขภาพ: อาหารและโภชนาการ. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส. ภาคใต้ มอ.) และสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข.
- พงศ้อมร บุนนาค. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน : การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยเสริมต่อโรค. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์.
- พนพัฒน์ โตเจริญวานิช. (2551). การจัดการบริการปฐมภูมิ การดูแลโรคเบาหวานในพื้นที่พิเศษจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล.สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรเพ็ญ ภัทรนุชาพร และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ . (2553). วิถีสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้มีภาวะเบาหวานมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. รายงานการวิจัย กองทุนวิจัยวิทยาเขตปัตตานี.
- เพ็ญญา มะหะหมัด. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิก. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,สงขลา.
- ภาวนา กิรติคุณวงศ์. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล(2), ชลบุรี: บริษัท พีเพรส จำกัด
- มธุรดา เวชกามา. (2550). ผลของการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- มนทิพา ทรงพานิช และคณะ. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานสำหรับประชาชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- มนัส วงศ์เสงี่ยม. (2551). *ศิลปะการสร้างเสริมสุขภาวะแนวทางอิสลามกับปัญหาท้าทายสาธารณสุขร่วมสมัย*. กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย.
- มาหามะ เมาะมูลา และคณะ. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มุหมัดคาโอ๊ะ เจะเลาะ. (2552). *การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข.
- เมาลานา อบูล อะลา เมาคูดี. (2555). *ตัฟซีรมุลกุรอาน*. (บรรจง บินกาซัน, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: นัซฮาพรีนติ้ง. (ฉบับดั้งเดิมตีพิมพ์ พ.ศ.2539).
- ยา สารี. (2551). *การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเดือนรอมฎอน*. ใน ยูซุฟ นิมะ (บรรณาธิการ), *การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน* (หน้า 87-94). สงขลา: สำนักพิมพ์น่านปี.
- บุคคอร เชียรวรรณ. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน*. พยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 39, 136-142.
- บุษนา สุคนธ์ทรัพย์. (2556). *โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy)*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://dr.yutthana.com/dr.html>. สืบค้น 21 พฤศจิกายน 2556.
- ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) สงขลา: ระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, และพรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์. (2549). *สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย: โรคเบาหวานในคนไทย*. สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2(17)
- รสมาลิน ชาบรรทม. (2550). *ผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์เกศศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสสุคนธ์ กักดีไพบูลย์สกุล. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- รอธานี เจอะอาแซ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของประชาชนในสามจังหวัดชายแดน.นราธิวาส: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
- รุ่งนภา จันทรา. (2552). การวิเคราะห์ห่อภิมานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี.
- รุสนานี แวหามะ. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วรเดช จันทรศร. (2554). การจัดการภาครัฐตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วันดี โภคะกุล และสมจินต์ โนมวัฒน์ชะชัย. (2545). การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ .. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วินธนา คูศิริสิน. (2545). การดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2544). โภชนาการและโภชนบำบัด. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล. สงขลา: ก้อปปีคอนเนอร์ ดิจิตอลปริ้นท์เซ็นเตอร์.
- วีระวัลย์ กรมมงคลลักษณ์ และกุลพร สุขุมมาตรกุล. (2556). เกณฑ์มาตรฐานอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2549). การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษาเฉพาะโรค.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศักรินทร์ สุวรรณเวหา และคณะ. (2552). การวิเคราะห์เมต้าเกี่ยวกับประสิทธิผลการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, สงขลา.

- ศิริอร สิ้นธุ และพิเชต วงรอด. (2557). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2549). *จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เอกสารข้อมูล. (2556). *สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย (Fact Sheet: Diabetes, Hypertension, and their complications)*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สนธยา สีละมาด. (2557). *กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. ฟรินดิง.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. *จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง*. นนทบุรี: สำนักงานงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
- สฐาภรณ์ มหาวิจิตร. (2557). *การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลสตูล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย ราชภัฏสงขลา, สงขลา
- สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2551) *การบูรณาการองค์ความรู้ บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ โรคเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)*. ปัตตานี: สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2551
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557*. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์
- สยาม พุเจริญ. (2551). *ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการดูแลสุขภาพของชุมชนบ้านงามเมือง ตำบลยางหอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, เชียงใหม่.
- สัลมา ชูอ่อน. (2554). *การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกิน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2555. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
- สารัช สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร. (2555). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สารัช สุนทรโยธิน และวิทยา ศรีมาดา. (2545). การประเมินผลการควบคุมเบาหวานในวิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลีททา พงษ์พิบูลย์. (2556). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การป้องกันและบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพรรณิ โตสัมฤทธิ์. (2551). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อระดับเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. พิษณุโลก: วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุวิทย์ อุดมพานิชย์. (2551). เศรษฐกิจพอเพียงกับงานทันตกรรม. ขอนแก่น: วารสารทันตกรรมมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). รายงานสรุปผลการประชุมประจำปี 2558 ของ สศช. : ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ณ ห้องแกรนด์ไดมอนด์บอลรูม ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้าอิมแพ็ค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี / สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. (2553). ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย. นครปฐม: สหพัฒนไพศาล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. "ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดปัตตานี" [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ptn.moph.go.th/chronic/> [2556]. สืบค้น 24 สิงหาคม 2557.
- สุชาติพิศ ภัทรกุลวณิชย์.(2555).ประเด็นสารณรงคัวันเบาหวานโลก ปี 2555 (ปีงบประมาณ 2556) 14 พฤศจิกายน 2555 วันเบาหวานโลก “พิทักษ์อนาคตไทย พันภัยเบาหวาน” : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

- สุพรรณิ โตสัมฤทธิ์ และคณะ. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหารต่อระดับเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. Naresuan University Journal สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุพล บุญมาเลิศ (2549). *วิถีชีวิตมุสลิม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประสานมิตร.
- สุรัชย์ และคณะ. (2554). *การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อนงค์ ประเสริฐ. (2551). *ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามของพยาบาลไทยพุทธ*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรอนงค์ กังสดาลอำไพ. (2542). *โภชนาบำบัด 2000*. กรุงเทพฯ: มาฉลองคุณ.
- อาลี เสือสมิง. (2556). เศรษฐกิจพอเพียงกับหลักศาสนาอิสลาม. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.piwdee.net/islamsoksa/soksa60.html>. สืบค้น 9 เมษายน 2560.
- อิสมาอีลลูดีฟี จะปะกียา. (2555). *คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม(พิมพ์ครั้งที่2)*. ปัตตานี: สำนักเลขานุการ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา.
- อิสมาแอล อาลี. (2548). *อิสลามกับการสร้างพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ: องค์ความรู้อย่างบูรณาการ. ในองค์ความรู้อิสลามกับสุขภาพวะ (หน้า 9-16)*. ปัตตานี: โรงพิมพ์ มิตรภาพ.
- อุมามพร ปุณฺณโสพรรณ. (2555). *แนวคิดระยะการเปลี่ยนแปลง. ใน ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์บารมี (บรรณาธิการ), คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*.
- อุไรวรรณ สิงห์ยะเมือง. (2553). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ร้อยเอ็ด.
- American Diabetes Association. (2004). *Physical activity/exercise and diabetes. Diabetic care, 27(1), S58-S62*.
- American Diabetes Association. (2008). *Nutrition recommendations and interventions for diabetes. Diabetic Care, 21(1), S61-S78*.
- American Diabetes Association. (2009). *Standards of medical care in diabetes-2009. Diabetic Care, 32(1), S13-S61*.

- Beets M. W., Agiovlasitis S., Fahs C. A., Ranadive S. M., & Fernhall B. (2010). Adjusting step count recommendations for anthropometric variations in leg length [Electronic version]. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13, 509-512.
- Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, et al. Exercise and Type 2 Diabetes : The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association : joint position statement. *Diabetes Care*. 2010; 33: e147-e167.
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Bockaert, O. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-649). San Diego; CA: Academic Press.
- David R.W, Leonor G., & Clara W, et al. (2011). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of Diabetes for 2011 and 2030 [Electronic version]. *diabetes research and clinical practice*, 94, 311–321.
- Gibbons R. J., Balady G. J., Bricker J. T., Chaitman B. R., Fletcher G. F., Froelicher V. F.,... Winters W. L. (2002). ACC/AHA 2002 Guideline Update for Exercise Testing: Summary Article A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines) [Electronic version]. *Journal of the American College of Cardiology*, 40(8), 1531-1540.
- International Diabetes Federation. (2015). IDF Diabetes Atlas Seventh Edition. Retrieved April 8, 2017, from http://www.dmthai.org/sites/default/files/idf_atlas_2015_uk_0.pdf.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของ โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999)

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{SD}$$

SD

d คือ ขนาดอิทธิพล

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

SD คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาของรสสุคนธ์ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

จากผลการศึกษาได้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

$$\mu_1 = 97.03 \quad \mu_2 = 116.38 \quad SD_1 = 6.03 \quad SD_2 = 9.40$$

แทนค่าในสูตร ES = 0.77

จากการคำนวณ effect size ได้ขนาด 0.77 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 เพื่อ เมื่อเปิดตารางของ โคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 25 ราย และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินวิจัย จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน คือกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงการใช้โปรแกรม

ชื่อโปรแกรม

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

บทนำ

โปรแกรมนี้เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่จัดทำขึ้นโดยนำเอาหลักสุขภาพพอเพียงมาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักศาสนาอิสลาม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตตามวิถีมุสลิม ภายใต้อาณัติสุขภาพพอเพียง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม สามารถควบคุมโรคได้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงอย่างยั่งยืน ใช้ระยะเวลา ทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ ที่ 1 ให้บริการที่คลินิกบริการ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม เจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด วัดสัญญาณชีพ ชั่งประวัติ พบแพทย์รับยา กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามการวิจัยก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และจัดกลุ่มให้ความรู้กลุ่มละ 7-8 คน ตามคู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียง และการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ฝึกปฏิบัติการบันทึก ทำสัญญาตั้งเงื่อนไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และพระเจ้า ด้วยกิจกรรม “อัลอามีน เธอผู้พอเพียง” และ นัดหมายเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 และ 5 เยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม การลงบันทึกการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายใต้อาณัติสุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม รับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไข ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็นสองแบบ คือ ทำได้ และทำไม่ได้ ในรายที่ทำได้ จะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ถัดไป และในรายที่ทำไม่ได้ จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 3 และ 6 ติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการติดตามซักถาม ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ซักถามถึงปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถควบคุมโรคได้ ภายใต้อาณัติสุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมารับบริการที่คลินิกบริการ ได้รับการประเมิน ภาวะสุขภาพ ด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ พบแพทย์รับยา เข้าร่วม กิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ตะฮูเดาะ” เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการควบคุมโรคเบาหวาน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ปัญหา และอุปสรรค การจัดการปัญหาและอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยที่ ยังไม่สามารถทำได้ และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยในรายที่ทำได้ ให้สามารถปฏิบัติต่อไปได้

สัปดาห์ที่ 8 ให้บริการที่คลินิกบริการ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม เจาะเลือดเพื่อประเมิน ระดับน้ำตาลในเลือด วัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ พบแพทย์รับยา กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถาม การวิจัยหลังเข้าร่วม โปรแกรม คีนข้อมูลการควบคุมโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหาร และการ ออกกำลังกาย ร่วมกิจกรรม “เราจะพอเพียงตลอดไป” เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การควบคุมโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายใต้อุณหภูมิ พอดีตามหลักศาสนาอิสลาม และร่วมทำพันธะสัญญาต่อตนเองและพระเจ้าว่าจะควบคุม โรคเบาหวาน ภายใต้อุณหภูมิพอดีตามหลักศาสนาอิสลาม ถึงแม้ไม่มีการติดตามควบคุมจาก เจ้าหน้าที่ และในส่วนของกลุ่มควบคุม จะแจ้งให้ทราบถึงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรค และมอบคู่มือการควบคุมโรคเบาหวานในมุสลิมด้วยสุขภาพพอดีเพียง สำหรับนำไปประยุกต์ใช้ ต่อไป

คำอธิบาย กิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียง ต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

การตรวจสุขภาพ

ประกอบด้วยการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลจากปลายนิ้ว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว และบันทึกไว้ในแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมซึ่งจะปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง , สัปดาห์ที่ 4 ติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรมไป ระยะเวลาหนึ่งและ สัปดาห์ที่ 8 ที่คลินิกบริการ หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์

อัลอามีล เชอผู้พอเพียง

เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยลงนามทำพันธะสัญญา ลงในหน้าแรกของแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม โดยอธิบายเงื่อนไขในการควบคุมโรคเบาหวานในมุสลิม การลงบันทึกเพื่อติดตาม และให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมลงชื่อสร้างพันธะสัญญากับตนเองและพระเจ้าว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตะฮูเตาะ

เป็นกิจกรรมที่จัด โดยนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกบริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมโรคเบาหวานที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้นำเอาสิ่งที่เพื่อผู้ป่วยด้วยกันเอง ทั้งที่ทำได้ และทำไม่ได้ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรที่ทำไม่ พร้อมร่วมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จนเกิดแนวทางการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ตามแนวคิดของผู้ป่วยเองภายใต้หลักสุขภาพพอเพียง

เราจะพอเพียงตลอดไป

เป็นกิจกรรมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการควบคุมโรคทั้งในรายที่สามารถควบคุมโรคได้ภายใต้สุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม และยังทำไม่ได้ เพื่อให้ผู้ที่ยังทำไม่ได้นำเอาแนวทางที่กลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำได้ดีไปปฏิบัติใช้ต่อ มีการเสริมแรงให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมโรคได้ดี หลังจากนั้นให้กลุ่ม

ตัวอย่างเขียนคำมั่นสัญญาเกี่ยวกับการควบคุมโรคด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วยสุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลามลงในกระดาษรูปหัวใจ ถึงความตั้งใจที่จะควบคุมโรคเบาหวานภายใต้สุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม ด้วยตนเอง ติดไว้ในปกหลังแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม เพื่อเป็นเครื่องเตือนใจต่อการควบคุมโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

แผนการสอนเรื่อง เบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ด้วยสุขภาพพอเพียง

- วัตถุประสงค์**
1. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีความรู้เกี่ยวกับ ศาสนาอิสลามกับความพอเพียง
 2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอย่างพอเพียง
 3. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างพอเพียง
 4. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถบันทึกข้อมูลการติดตามการควบคุมโรคเบาหวานในแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวาน

สถานที่จัดกิจกรรม คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้สอน	บทบาทผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม	สื่อการสอน	การประเมินผล
ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน / อธิบายหลักศาสนาอิสลามกับความพอเพียง	โรคเบาหวาน พยาธิสภาพของโรค การควบคุมโรคด้วยการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (5 นาที)	1. นำเข้าสู่บทเรียน ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของงานวิจัย 2. อธิบายเรื่องโรคเบาหวาน พยาธิสภาพของโรค การควบคุมโรค ด้วยสุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม	รับฟังวิธีการใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม และการวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียง	คู่มือเบาหวานในมุสลิม ควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียง (หน้า 4-10)	ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนสามารถบอกความพอเพียงต่อการควบคุมโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้สอน	บทบาทผู้ปวย เบาหวานมุสลิม	สื่อการสอน	การประเมินผล
2. ผู้ปวยมีความรู้ เกี่ยวกับการบริโภค อาหารอย่างพอเพียง	1. อาการกับการควบคุม โรคเบาหวานในมุสลิม 2. การบริโภคอาหาร อย่างพอเพียง 3. ตัวอย่างรายการ อาหารและการคำนวณ พลังงานอย่างง่าย	1. บรรยายเรื่องอาหารและการ ควบคุมเบาหวาน ตามแนวทาง สุขภาพพอเพียงตามพระราช ดำรัสของในหลวงรัชกาลที่ 9 2. ยกตัวอย่างอาหาร และการนับ จำนวนส่วนอาหารอย่างง่าย การ เลือกอาหารทดแทน 3. สาธิตการเลือกรับประทาน อาหารแบบพอเพียง 4. ให้ผู้ปวยทดลองหีบอาหารที่ ตนเองคิดว่ามีจำนวนพลังงาน น้อย เพียงพอกับความต้องการ ของร่างกาย	1. รับฟังเรื่องอาหารที่ เหมาะสำหรับผู้ปวย เบาหวานมุสลิม ประเภทอาหาร ตัวอย่าง รายการอาหาร และ พลังงานที่ได้รับเมื่อ รับประทานอาหารชนิด นั้นๆ ทดลองเลือก อาหารตัวอย่างที่ พอเพียงกับตนเอง 2. ทดลองหีบอาหารที่ ควรรับประทาน 3. คำนวณพลังงาน อาหาร	1. คู่มือ เบาหวานใน มุสลิมควบคุม ได้ ด้วยสุขภาพ พอเพียง (หน้า 11-28) 2. โมเดลอาหาร	1. ตอบคำถามเรื่องการ รับประทานอาหารที่ เหมาะสม ได้ถูกต้อง 2. เลือกประเภทอาหาร และทดลองคำนวณ พลังงานที่ได้รับจากอาหาร ที่ตนเองเลือกได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้สอน	บทบาทผู้ป่วย เบาหวานมุสลิม	สื่อการสอน	การประเมินผล
3. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ออกกำลังกายอย่าง พอเพียง	1. วิธีการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 2. การออกกำลังกาย อย่างพอเพียง 3. ประเภทของการออก กำลังกาย 4. การเลือกการออก กำลังกายที่เหมาะสมกับ การควบคุมโรคเบาหวาน ในมุสลิม (10 นาที)	1. บรรยายเรื่องการออกกำลังกายและการควบคุมเบาหวาน ตามแนวทางสุขภาพพอเพียง 2. สาธิตการออกกำลังกายตาม คู่มือ	1. รับฟังเรื่องการออก กำลังกาย วิธีการออก กำลังกาย ประเภทการ ออกกำลังกาย 2. กำหนดพลังงานที่ใช้ ไปเมื่อออกกำลังกายแต่ละ ประเภท 3. ทดลองออกกำลังกาย ตามแบบคู่มือ	1. คู่มือ เบาหวานใน มุสลิมควบคุม ได้ด้วยสุขภาพ พอเพียง (หน้า 30-39) 2. สาธิตการ ออกกำลังกาย	1. ตอบคำถามเรื่องวิธีการ ออกกำลังกายได้ถูกต้อง 2. ทดลองเลือกประเภท การออกกำลังกายและ กำหนดพลังงานที่ใช้ไป จากการออกกำลังกายที่ ตนเองเลือก เช่นการเดิน ถ้าเดินสะสมครบ 30 นาที จะสามารถเผาผลาญ พลังงานได้ 300 แคลอรี

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้สอน	บทบาทผู้ป่วย เบาหวานมุสลิม	สื่อการสอน	การประเมินผล
4. ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถบันทึกข้อมูล การติดตามการควบคุม โรคเบาหวานในแบบ บันทึกการควบคุม โรคเบาหวาน	การบันทึกข้อมูลลงในแบบ บันทึกการควบคุม โรคเบาหวาน ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ พอเพียงสำหรับผู้ป่วย เบาหวานมุสลิม (10 นาที)	1. อธิบายแนวทางการ บันทึกข้อมูลการ รับประทานอาหารและการ ออกกำลังกาย ของผู้ป่วย เบาหวานมุสลิม ลงในแบบ บันทึกการควบคุม โรคเบาหวาน ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ พอเพียง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มุสลิม 2. สอนการบันทึกลงใน แบบบันทึก	1. รับฟัง ชักถามข้อ สงสัยเกี่ยวกับการ บันทึกบันทึกข้อมูลลงใน แบบบันทึกการ ควบคุมโรคเบาหวาน ด้วยการส่งเสริม สุขภาพพอเพียง สำหรับผู้ป่วย เบาหวานมุสลิม 2. ทดลองบันทึกโดย ยกตัวอย่างการ รับประทานอาหาร และการการออกกำลังกาย ในวันทำการ สอน	1. แบบบันทึกการ ควบคุม โรคเบาหวาน ด้วยการส่งเสริม สุขภาพพอเพียง สำหรับผู้ป่วย เบาหวานมุสลิม 2. ตัวอย่างการลง บันทึกข้อมูล การ รับประทานอาหาร แบบสุขภาพ พอเพียง	สามารถบันทึกข้อมูลการ รับประทานอาหารและการ ออกกำลังกาย ลงในแบบ บันทึกบันทึกการควบคุม โรคเบาหวาน ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ พอเพียง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มุสลิมได้ถูกต้อง

การติดตามเยี่ยมบ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการควบคุมโรคเบาหวาน การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

เพื่อทดสอบความรู้และทักษะที่ใช้ในการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวานภายใต้สภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม

สถานที่จัดกิจกรรม บ้านของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมแต่ละราย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ระยะเวลา 30 นาที (สัปดาห์ที่ 2 และ 5)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้สอน	บทบาทผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม	สื่อการสอน	การประเมินผล
ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีพฤติกรรมการควบคุมโรค การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายเหมาะสมหรือไม่	พยาบาลแนะนำตัวเอง ให้ครอบครัวและผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน ประเมินติดตามการบันทึกแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม	1. สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน 2. ประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวาน 3. ร่วมหาแนวทางการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรค 4. ติดสติ๊กเกอร์เสริมแรง	1. บันทึกการควบคุมโรคเบาหวานในแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวาน 2. อภิปรายปัญหาอุปสรรคและร่วมหาแนวทางแก้ไข	1. แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวาน 2. สติกเกอร์เสริมแรงในการควบคุมโรค	ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้

การติดตามทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบความรู้และทักษะที่ใช้ในการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สถานที่จัดกิจกรรม -

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ระยะเวลา 5 นาที (สัปดาห์ที่ 3, 6)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้สอน	บทบาทผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม	สื่อการสอน	การประเมินผล
ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถบอกความก้าวหน้าในการควบคุมโรคได้	สอบถามความก้าวหน้าของการควบคุมโรคเบาหวาน ภายใต้สุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม สอบถามปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และให้กำลังใจผู้ป่วยในการควบคุมโรคเบาหวาน	สอบถามความก้าวหน้าของการควบคุมโรคเบาหวาน ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวานร่วมคิดหาแนวทางในการแก้ปัญหา และอุปสรรคการควบคุมโรคเบาหวาน (ตามแนวทาง)	สะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน	แนวทางการติดตามทางโทรศัพท์	ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมบอกความก้าวหน้าในการควบคุมโรคเบาหวาน และสามารถบอกแนวทางในการแก้ไขปัญหาของการควบคุมโรคได้

การติดตามผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมโรคเบาหวาน ด้วยสภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม

สถานที่จัดกิจกรรม คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ระยะเวลา 20 นาที (สัปดาห์ที่ 4)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้สอน	บทบาทผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคหลังจากเข้าโปรแกรมได้ 4 สัปดาห์ และร่วมหาแนวทางการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคการควบคุมโรค	ติดตามผลการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียง โดยการเจาะระดับน้ำตาลในเลือด สะท้อนผลการตรวจให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลการควบคุมโรค ปัญหาและอุปสรรค การจัดการกับปัญหา จนควบคุมโรคได้	1. สะท้อนผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมโรคของผู้ป่วย 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ที่ควบคุมโรคได้ บอกเล่าถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค	1. สะท้อนความรู้สึกรู้สึก ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมโรค 2. ร่วมกันหาแนวทางการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคการควบคุมโรคเบาหวาน	1. คู่มือเบาหวานมุสลิมควบคุมได้ด้วยพอเพียง 2. แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง	ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมทุกคนสะท้อนปัญหาอุปสรรคปัจจัยแห่งความสำเร็จ และสามารถจัดการปัญหาได้อย่างพอเพียง

การประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงต่อการควบคุมโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์

สถานที่จัดกิจกรรม คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ระยะเวลา 1 ชม.

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้สอน	บทบาทผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม	สื่อการสอน	การประเมินผล
ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวาน สะท้อนผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	<p>1. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด วัดสัญญาณชีพ แจ้างผลการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียง ประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์</p> <p>2. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมร่วมกันวิเคราะห์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค โอกาสพัฒนา และทำพันธะสัญญาร่วมกันในการควบคุมโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน</p>	<p>1. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด สัญญาณชีพ</p> <p>2. แจ้างผลการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียง</p> <p>3. ประเมินผลการควบคุมโรค หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์</p> <p>4. ให้ผู้ป่วยทำพันธะสัญญากับตนเองและพระเจ้าในการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามหลักศาสนาอิสลาม</p>	<p>1. ฟังผลการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียง</p> <p>2. ทำพันธะสัญญาร่วมกัน</p>	<p>1. แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียง</p> <p>2. กระดาษรูปหัวใจเพื่อบันทึกพันธะสัญญา</p>	<p>ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และทำพันธะสัญญาร่วมกันต่อการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงอย่างยั่งยืน</p>

คู่มือ
เบหฺวานในมุสลิมควบคุมได้
ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม



จัดทำโดย
นางสาวนุสรมล สุขประเสริฐ
 ศึกษานิเทศก์ สำนักงานเขตพื้นที่
 ศึกษาธิการเขตปริมณฑล
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

7

สุขภาพพอเพียงในมุสลิมกับการควบคุมเบหฺวาน

อิสลาม → เป็นศาสนาที่สร้างวิถีชีวิตอันประเสริฐ เพื่อเป็นเส้นทางสู่ชีวิตอันสมบูรณ์ในวันอาคีเราะฮ์ ซึ่งคือสิ่งความดีที่ทางโลกและทางศาสนา

ความรู้ → ที่ประเสริฐที่สุดนอกจากความรู้ทางศาสนาในเรื่องของพระอัลและพระรรม คือ ความรู้เรื่องการนำปัดหรือบรรเทาให้ห่างจากโรค

การควบคุมเบหฺวาน → คือ การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม พอลืม ออกกำลังกายเหมาะสม มีความสนใจไม่มากไปไม่น้อยไป เป็นการนำปัดโรคตามหลักศาสนาอิสลาม จนออกกำลังกายและมีอาการผิดปกติ เช่น หอบเหนื่อย ใจสั่น

ดังนั้น → เบหฺวานในมุสลิมสามารถควบคุมโรคได้ ด้วยการยึดหลักพอเพียง ซึ่งเป็นแนวทางในการควบคุมโรคตามหลักศาสนาอิสลาม



13

การบริโภคอาหารแบบพอเพียง

ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อตอบสนองความต้องการร่างกาย

ผู้หญิง : รับประทานอาหาร 1,600 กิโลแคลอรี ต่อวัน
 ผู้ชาย : รับประทานอาหาร 2,000 กิโลแคลอรี ต่อวัน

การบริโภคอาหารอย่างพอเพียงใน 1 วันมี ดังนี้

กลุ่มอาหาร	ผู้หญิง 1,600 กิโลแคลอรี	ผู้ชาย 2,000 กิโลแคลอรี
หมู่ที่ 1 ข้าว และแป้ง เช่น ข้าวสวย ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว มันต้ม	ไม่เกินวันละ 9 ทัพพี	ไม่เกินวันละ 10 ทัพพี
หมู่ที่ 2 ผักสด และผักลด	6 ทัพพี	6 ทัพพี
หมู่ที่ 3 ผลไม้	4 ส่วน	4 ส่วน
หมู่ที่ 4 เนื้อสัตว์	ไม่เกิน 6 ซ้อนโต๊ะ	ไม่เกิน 9 ซ้อนโต๊ะ
หมู่ที่ 5 ไขมัน น้ำมัน	ไม่เกิน 5 ซ้อนช้อน	ไม่เกิน 5 ซ้อนช้อน

หมายเหตุ ผลไม้ 1 ส่วน ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี (ตัวอย่างหน้า 26-28)

31

การออกกำลังกายแบบพอเพียง

การออกกำลังกาย → ผู้ป่วยเบหฺวาน เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ ทำให้มีระดับน้ำตาลคงเหลืออยู่ในเลือดมากกว่าปกติ

ผู้ป่วยเบหฺวานควรออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายสามารถนำน้ำตาลที่เหลืออยู่ในเลือด ไปเปลี่ยนเป็นพลังงานอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงปกติ

ภาพ 3 คู่มือเบหฺวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ครั้งที่/วันที่เก็บข้อมูล/.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ดังนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1. เพศ | <input type="checkbox"/> | 1. หญิง |
| | <input type="checkbox"/> | 2. ชาย |
| 2. อายุ.....ปี (วัน/เดือน/ปี เกิด.....) | | |
| 3. สถานภาพสมรส | <input type="checkbox"/> | 1. โสด |
| | <input type="checkbox"/> | 2. คู่ |
| | <input type="checkbox"/> | 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ |
| 4. ระดับการศึกษา | <input type="checkbox"/> | 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ |
| | <input type="checkbox"/> | 2. ประถมศึกษา (ป.1 – ป.6) |
| | <input type="checkbox"/> | 3. มัธยมศึกษา (ม.1 – ม.6) |
| | <input type="checkbox"/> | 4. ปวช./ปวส. |
| | <input type="checkbox"/> | 5.ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี |
| | <input type="checkbox"/> | 6. ศึกษาด้านศาสนาอิสลาม |
| 5. อาชีพ | <input type="checkbox"/> | 1. เกษตรกรรม ระบุ..... |
| | <input type="checkbox"/> | 2. ค้าขาย |
| | <input type="checkbox"/> | 3. รับจ้าง |
| | <input type="checkbox"/> | 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ |
| | <input type="checkbox"/> | 5. ทำงานบ้าน/แม่บ้าน |
| | <input type="checkbox"/> | 6. อื่นๆ ระบุ..... |

6. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน 1. ไม่พอใช้
 2. พอใช้ ไม่เหลือเก็บ
 3. พอใช้ เหลือเก็บ
7. สวัสดิการรักษายาบาล 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 2. ประกันสังคม
 3. ใช้สิทธิ์ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
8. ผู้ดูแลหลัก 1.สามี/ภรรยา
 2. บิดา/มารดา
 3. บุตร
 4. หลาน
 5. อื่นๆ ระบุ.....
9. ความสามารถในการดูแลตนเอง 1.ดูแลตนเองได้
 2. ต้องมีผู้ดูแล ระบุ.....
10. ระดับน้ำตาลในเลือด.....มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมโรค ส่วนบุคคลในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อความ ตามความเป็นจริงของความถี่ในการปฏิบัติตัวในแต่ละกิจกรรม โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวันหรืออย่างน้อย 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทุกวัน อย่างน้อย 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือนานๆครั้งอย่างน้อย 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆเลยใน 1 สัปดาห์

การกระทำพฤติกรรมสุขภาพใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
ด้านการบริโภคอาหาร				
1. ฉันรับประทานอาหารพอลิม โดยรับประทานอาหารประเภทแป้ง ข้าว ข้าวเหนียว ไม่เกิน 10 ทัพพีต่อวัน				
2. ฉันรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในช่วงเวลาปกติ และ 2 มื้อในช่วงถือศีลอด				
3. ฉันรับประทานอาหารครบ 5 หมู่				
4. ฉันรับประทานผลไม้ เช่น ทุเรียน ลองกอง มะม่วงสุก เงาะ				
5. ฉันรับประทานผักต่างๆ เช่น แดงกวา ถั่วฝักยาว กะหล่ำปลี ถั่วงอก				
6. ฉันรับประทานโรตีสัญญา ข้าวต้มใบกะพ้อ				
7. ฉันรับประทานเนื้อติดมัน หรือเนื้อไก่ติดหนัง				
8. ฉันรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง แกงจืด ปลาต้ม				
9. เมื่อฉันรับประทานขนมจีน มื้อนั้นแล้ว ฉันจะรับประทานข้าวเพิ่มอีก				
10. ฉันดื่มเครื่องดื่ม เช่น กาแฟเย็น ชาเย็น ชาเขียว				

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมโรค ส่วนบุคคลในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อความ ตามความเป็นจริงของความถี่ในการปฏิบัติตัวในแต่ละกิจกรรม โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

- ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวันหรืออย่างน้อย 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทุกวัน อย่างน้อย 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือนานๆครั้งอย่างน้อย 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆเลยใน 1 สัปดาห์

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
ด้านการออกกำลังกาย				
1. ฉันออกกำลังกายแบบสะสมครบ 30 นาทีต่อวัน				
2. ฉันงดการออกกำลังกาย เมื่อฉันมีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยหอบ ใจสั่น หน้ามืด เจ็บหน้าอก				
3. ฉันออกกำลังกายแบบเบา เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การแกว่งแขน				
4. ฉันออกกำลังกายแบบหนักและต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 30 นาที				
5. ฉันทำงานบ้านที่ต้องใช้แรง เช่น การเดินขึ้นบันได การเดินเร็ว การทำงานบ้านอย่างรวดเร็ว การทำสวน เป็นต้น รวมแล้วอย่างน้อยวันละ 30 นาที				

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

(สำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวนฤมล สุขประเสริฐ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง

การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที พร้อมทั้งดำเนินการวิจัยโดยการให้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมโดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที จำนวน 2 วันในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 มีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 และ 5 และติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 3, 6 และในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินผลโดยการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้จากท่าน จะเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบการวิจัยเท่านั้น สามารถสอบถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ทุกครั้งที่พบกับผู้วิจัย หรือติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวนฤมล สุขประเสริฐได้ที่โรงพยาบาลปะนาเระ อำเภอ ปะนาเระ จังหวัดปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์ 084-8787920

ข้าพเจ้าเข้าใจการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดีและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวนฤมล สุขประเสริฐ)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่

ภาคผนวก ง
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตาราง 5

ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) ($n_1=30$, $n_2=30$)

ตัวแปร	พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน		ระดับน้ำตาลในเลือด	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	กลุ่มทดลอง ($n_1=30$)			
K-S test	.077	.200	.200	.200
p-value	.097	.265	.399	.286
Skewness	.230	-.059	.226	-.099
SE	.427	.427	.427	.427
Kurtosis	-.843	-.625	-.575	-.890
SE	.833	.833	.833	.833
กลุ่มควบคุม ($n_2=30$)				
K-S test	.094	.094	.200	.032
p-value	.381	.381	.186	.092
Skewness	.280	.280	-.056	.076
SE	.427	.427	.427	.427
Kurtosis	-.199	-.199	-1.100	-1.314
SE	.833	.833	.833	.833

ตาราง 6

ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงโดยใช้สถิติเลวิน (Levene's test) (N=60)

ตัวแปร	พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน		ระดับน้ำตาลในเลือด	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	Levene's test	.900	.724	.612
df1	58	58	58	58
df2	57.998	57.998	57.998	36.862
p-value	.000	.000	.151	.000

ภาคผนวก จ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 7

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวม ก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ ($n_1=30, n_2=30$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n_1=30$)		กลุ่มควบคุม ($n_2=30$)		\bar{d}
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ด้านการบริโภคน้ำตาล	25.90	1.95	23.40	1.61	2.50
ด้านการออกกำลังกาย	10.03	1.03	9.80	.66	.23
พฤติกรรมโดยรวม	35.93	1.76	33.20	1.66	2.73

\bar{d} = mean difference

ตาราง 8

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวม หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ ($n_1=30, n_2=30$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n_1=30$)		กลุ่มควบคุม ($n_2=30$)		\bar{d}
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ด้านการบริโภคน้ำตาล	24.06	1.17	23.46	1.50	.60
ด้านการออกกำลังกาย	18.16	1.08	9.73	.63	8.43
พฤติกรรมโดยรวม	42.23	1.54	33.26	1.68	8.96

\bar{d} = mean difference

ตาราง 9

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ($N=30$)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		\bar{d}
	(n=30)		(n=30)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ด้านการบริโภคอาหาร	25.90	1.95	24.06	1.17	1.83
ด้านการออกกำลังกาย	10.03	1.03	18.16	1.08	-8.13
พฤติกรรมโดยรวม	35.93	1.76	42.23	1.54	-6.30

\bar{d} = mean difference

ตาราง 10

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ ($N=30$)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		\bar{d}
	(n=30)		(n=30)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ด้านการบริโภคอาหาร	23.40	1.61	23.46	1.50	-.06
ด้านการออกกำลังกาย	9.80	.66	9.73	.63	.06
พฤติกรรมโดยรวม	33.20	1.66	33.26	1.68	-.06

\bar{d} = mean difference

ตาราง 11

จำนวนและร้อยละ ของค่าระดับน้ำตาลแบ่งตามเกณฑ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังได้รับโปรแกรม (n1=30, n2=30)

ค่าระดับน้ำตาล	ก่อนได้รับโปรแกรม				หลังได้รับโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง (n1=30)		กลุ่มควบคุม (n2=30)		กลุ่มทดลอง (n1=30)		กลุ่มควบคุม (n2=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
70-130 mg/dl	0	0.00	0	0.00	26	86.70	0	0.00
131-180 mg/dl	3	10.00	3	10.00	4	13.30	3	10.00
181-250 mg/dl	21	70.00	17	56.70	0	0.00	16	53.30
> 250 mg/dl	6	20.00	10	33.30	0	0.00	11	36.70

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.วิมลรัตน์ จงเจริญ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นายแพทย์มูฮัมหมัดอาลี กระโด
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลยะรัง อ.ยะรัง จ.ปัตตานี
3. ดร.ชอฟียะห์ นิมะ
สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวนฤมล สุขประเสริฐ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510421030

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2545

ทุนการศึกษาที่ได้รับในระหว่างการศึกษา

ทุนอุดหนุนหน่วยวิจัยเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตที่ผสมผสานลงตัวของคนไทยในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปะนาระ จังหวัดปัตตานี

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

นฤมล สุขประเสริฐ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

นฤมล สุขประเสริฐ, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์, และอุษณีย์ เพชรรัชชตะชาติ. (2560). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารสุขศึกษา ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 40(1), 1-13.