



การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร  
และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน  
**Perceptions Related to Dietary Control, Family Support in Dietary Control and  
Dietary Control Behaviors among Elderly with Diabetes**

ภูษณิศา ไพโรจน์

**Poohsanisa Pairoj**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

**Prince of Songkla University**

**2551**

**ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

ชื่อวิทยานิพนธ์                      การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการ  
ควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน  
ผู้เขียน                                      นางสาวกัญญา ไพโรจน์  
สาขาวิชา                                      พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

---

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)	.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย) .....กรรมการ (ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	.....กรรมการ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์) .....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์) .....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยบัณฑิต  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน
ผู้เขียน	นางสาวกัญฉิศา ไพโรจน์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2550

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และระดับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน รวมทั้งทดสอบอำนาจการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 95 คน ในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร 3) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .80 ทั้ง 3 ส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.76, SD = .36$ ) การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.49, SD = .48$ ) และพฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.65, SD = .42$ ) การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้ร้อยละ 39.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการควบคุมอาหาร เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีต่อไป

<b>Thesis Title</b>	<b>Perceptions Related to Dietary Control, Family Support in Dietary Control and Dietary Control Behaviors among Elderly with Diabetes</b>
<b>Author</b>	Miss Poohsanisa Pairoj
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2007

### **ABSTRACT**

The purposes of this descriptive study were to describe perceptions related to level of dietary control, the level of support from the family in dietary control, and level of dietary control behaviors among elderly with diabetes, and to examine the influence of perceptions related to dietary control, and support from the family on dietary control behaviors. The sample consisted of 95 elderly with diabetes in a community. The instruments used in this study comprised four questionnaires (1) general data questionnaire, (2) dietary control behaviors questionnaire, (3) perceptions related to dietary control questionnaire, and (4) family support in dietary control questionnaire. The questionnaires were tested for content validity by 5 experts and reliability of the questionnaires 2, 3 and 4 were tested using Cronbach's alpha coefficient with a value .80 in all. The data were analyzed using multiple regression analysis.

The results showed that the mean overall score of elderly with diabetes for perceptions related to dietary control ( $\bar{X} = 2.76$ ,  $SD = .36$ ), family support in dietary control ( $\bar{X} = 2.49$ ,  $SD = .48$ ) and dietary control behaviors ( $\bar{X} = 2.65$ ,  $SD = .42$ ), were all at a high level. Perceptions related to dietary control and family support in dietary control could together significantly predict dietary control behaviors among elderly with diabetes with a coefficient of determination of 39.70 % ( $p < .01$ ).

Based on these findings it is recommended that the perceptions of dietary control, and support from the family should be promoted in order to encourage the elderly with diabetes to participate in dietary control and have good dietary control behaviors.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.จากรุวรรณ กฤตย์ประชา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดจนรองศาสตราจารย์ ดร. สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน ให้กำลังใจในการอดทนต่ออุปสรรคต่าง และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุภมัย สุนทรพันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลลา ตันตโยทัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช จิตตมุนท์ และคุณภัคจิรา เบญญาปัญญา ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่สละเวลา ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาชี้แนะจุดบกพร่องต่าง ๆ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกระบือ สารณสุขอำเภอกระบือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เป็นเบ้าหวานรวมทั้งบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณน้องชาย น้องสาว และขอบคุณทุกความช่วยเหลือ ทุกกำลังใจจากเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตลอดจนพี่ ๆ ซึ่งมีอายุกล่าววามได้ทั่วถึงในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ จนประสบผลสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คุณความดีอันเกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์ และผู้มีส่วนร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ทุกท่าน

กฤษณิศา ไพโรจน์

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
รายการภาพประกอบ.....	(9)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิด.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร.....	17
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุ.....	20
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	37
ผลการวิจัย.....	37
อภิปรายผล.....	45
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	57
สรุปผลการวิจัย.....	57
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	58
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	58
บรรณานุกรม.....	60
ภาคผนวก.....	71
ก การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย .....	72
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
ค ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ.....	84
ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	87
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	93
ประวัติผู้เขียน.....	94

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	38
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วย.....	40
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนจากครอบครัวในการ ควบคุมอาหารทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมควบคุมอาหารของ กลุ่มตัวอย่าง.....	42
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการ สนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ในการทำนายพฤติกรรม ควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน .....	42
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับพฤติกรรมควบคุม อาหารที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ 3 อันดับสูงสุด	87
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับพฤติกรรมควบคุม อาหารที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ 3 อันดับต่ำสุด	88
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการ ควบคุมอาหารจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ	89
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับการสนับสนุนจาก ครอบครัวจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ	90
11	ค่าดัชนีมวลกาย.....	92
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุม อาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร กับพฤติกรรม การควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน	92



รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้นๆ ของทุกประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าปี ค.ศ. 2003 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 189 ล้านคน ปี 2004 เพิ่มขึ้นเป็น 194 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีสถิติผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 330 ล้านคน โดยจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวนถึง 140 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2004) ซึ่งเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหรือเรียกว่าเบาหวานชนิดที่ 2 นี้มีอัตราเพิ่มขึ้นทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (WHO, 2005) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้มักมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (เทพและคณะ, 2544) หรือกล่าวได้ว่ามักพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 10-15 โดยประมาณว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานทั้งสิ้นราว 1,380,000 คน (วิศิษฐ์, ญัฐจาพรและมุชิน, 2545) ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน คือ ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดขึ้นเกือบทุกระบบของร่างกาย โดยเกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญ ๆ เช่น ตา ไต หัวใจ และระบบประสาทส่วนปลาย (สุนทร, อภิชาติ, สาริต, รัชตะ และสุทิน, 2541) ซึ่งพบมากขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรค และภาวะการควบคุมโรค กล่าวคือถ้าเป็นโรคอยู่นานหรือมีภาวะการควบคุมโรคไม่ดี จะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (วัลลา และอดิษฐ์, 2540) การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน โดยมีระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปริมาณและชนิดของอาหารที่รับประทานและสัดส่วนของอาหาร ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ที่สามารถควบคุมอาหารให้อยู่ในปริมาณหรือจำนวนที่พอเหมาะกับความจำเป็นของร่างกาย จะทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุข ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุจึงเน้นให้ผู้สูงอายุมีการควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยต้องอาศัยปัจจัยสำคัญ คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมีส่วนสำคัญอย่างมากกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมอาหาร (พัชราภรณ์, 2544) และปฏิบัติตัวดีในการควบคุมอาหารสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ร้อยละ 31.80 (กัญญาบุตร, 2540) อย่างไรก็ตามไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารหรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมอาหาร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติด้านสุขภาพได้แต่ไม่อาจกระทำได้อีกต่อไปเนื่องจากโดยพบว่ามีปัญหาด้านการควบคุมอาหารมากที่สุด (วรรณภา, 2540; Albarran et al., 2005; Yannakoulia, 2006) และการศึกษาของวินธนา (2548) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเกินร้อยละ 50 ไม่สามารถควบคุมอาหารในหมวดอาหารที่ห้ามรับประทานได้ การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารหรือไม่ปฏิบัติ นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง และบุคคลอื่น ที่สำคัญได้แก่ ความเคยชินกับนิสัยการบริโภคแบบเดิม ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่ไม่ดี ประกอบกับวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยยาวนานและถาวรทำให้พร้อมในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะโรค (ภาวนา, 2544) เช่น การจัดหาอาหาร การประกอบอาหาร และการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัวจึงมีหน้าที่ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (กรองจิต, 2535; ชีระ, 2548) จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาล (กรรณิกา, 2547; ล้ำของ, 2541) และชีระ (2548) ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 58.60 และ 3.40 ตามลำดับ จึงอาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุ

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (1975) เพื่อหาแนวทางการพยาบาลในการส่งเสริมดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การศึกษาพบว่าการรับรู้ของบุคคล แนวโน้มของการปฏิบัติ และปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จตุรงค์, 2540; ศิริพร, 2545) ปัจจัยร่วมที่มีการศึกษาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือด (กาญจนา, 2541; จตุรงค์, 2540; ปรียาภรณ์, 2550; พัทธภรณ์, 2544; เพ็ญศรี, 2540; วาสนา, 2548; วินचना, 2546; ศิริพร, 2545) ในส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวมของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคเบาหวาน (กรองจิต, 2535; ธีระ, 2548; ประเทืองทิพย์, 2549; สมคิด, 2546; อรุณี, 2548) ไม่พบรายงานการศึกษาที่ศึกษาปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารร่วมกับการรับรู้ของบุคคล ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนและให้บริการส่งเสริมการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานให้สามารถควบคุมอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ระดับการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และระดับพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

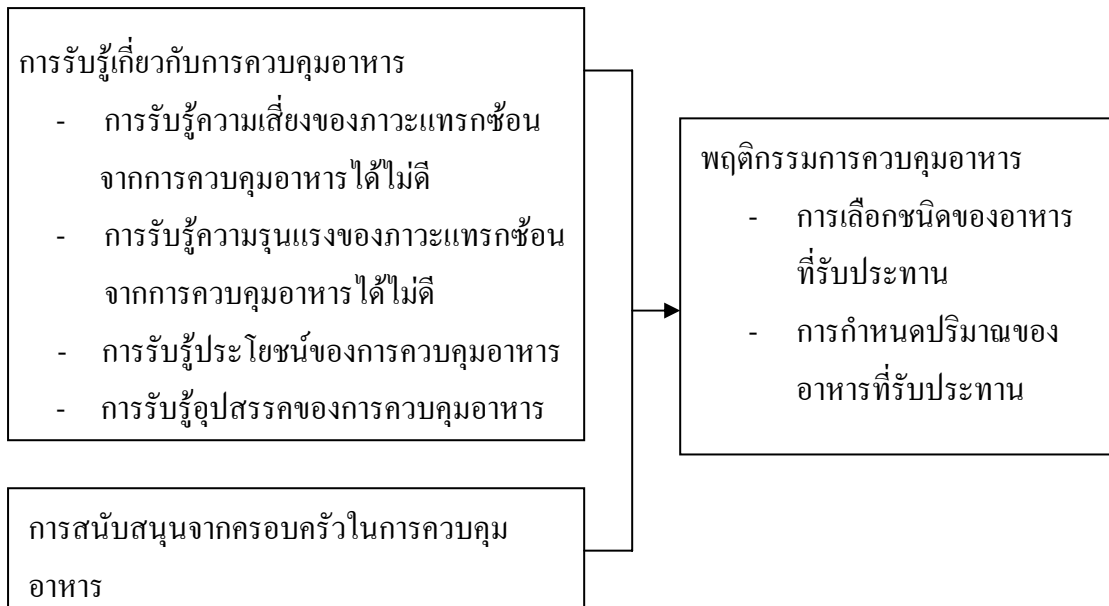
#### คำถามการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน อยู่ในระดับใด
2. การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้ มากน้อยเพียงใด

### กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานโดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และคณะ (Becker et. al., 1974 cited by Pender, 1987) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าความเชื่อจะนำไปสู่การตัดสินใจของบุคคลที่มีต่อการกระทำ หรือปรากฏการณ์ใดๆ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) การรับรู้ของบุคคล 2) ปัจจัยร่วม และ 3) แนวโน้มของการปฏิบัติ ซึ่งนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดย การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี ปัจจัยร่วมคือ การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และแนวโน้มของการปฏิบัติ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี โดยการเลือกวิถีในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร กับผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการควบคุมอาหาร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวโน้มของการปฏิบัติ และการรับรู้ของบุคคลรวมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เพื่อศึกษาเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และ การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดีขึ้น (สมบัติ, ยุพิน, ดวงฤดี และทิพาพร, 2543) และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งจากการศึกษาของโสภา (2541) พบว่าผู้สูงอายุในชนบทมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ซึ่งตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981 อ้างตามเกษชญา, 2549) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า สำหรับพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่สำคัญในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน และการกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

#### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้

#### นิยามศัพท์

พฤติกรรมควบคุมอาหาร หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยครอบคลุมการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน และการกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมอาหาร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมอาหาร ประเมินจากแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของจตุรงค์ (2540) ประกอบด้วย

การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุม

อาหารได้ไม่ดี โดยครอบคลุมภาวะหมดสติเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี โดยครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำหน้าที่ของอวัยวะเสื่อมลง พิการ อัมพาต หรือตาย

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เกี่ยวกับผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร เช่น การควบคุมอาหารสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร หมายถึง การรับรู้หรือการคาดการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร เช่น อาหารสำหรับคนเป็นเบาหวานขัดกับความเคยชินและความชอบ

การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร หมายถึง ความช่วยเหลือระดับประคองที่ได้รับจากครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน และญาติ ในการควบคุมอาหาร โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981 อ้างตามเกษชญา, 2549) ซึ่งแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภทดังนี้ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า ในการตัดสินใจเลือกชนิดอาหาร การดูแลการรับประทานอาหาร และการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารมารับประทาน ประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

#### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ ได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร สามารถให้คำแนะนำ สนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอาหารเพื่อช่วยใน

การควบคุมอาหาร การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเบาหวาน สามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และยกย่องเมื่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควบคุมอาหารได้ดี

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ในการควบคุมอาหารให้เหมาะสม



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.1 อุบัติการณ์และความชุกในผู้สูงอายุ
  - 1.2 สาเหตุของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.3 อาการและอาการแสดงในผู้สูงอายุ
  - 1.4 พยาธิสภาพของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.6 การดูแลรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
  - 1.7 อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน
  - 1.8 ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร
  - 2.1 ความสำคัญของการควบคุมอาหาร
  - 2.2 การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน
  - 2.3 การปรับความถี่ของการรับประทาน
  - 2.4 การกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุ
  - 3.1 การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร
  - 3.2 การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร
  - 3.3 ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากประมาณร้อยละ 90 - 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (American Diabetes Association, 2002; Derek et al, 2000) เกิดจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือจากการนำอินซูลินไปใช้ไม่ได้ ซึ่งแตกต่างจากวัยหนุ่มสาวที่มักเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเกิดจากมีภาวะพร่องของอินซูลิน ลักษณะโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

อาจมีหรือไม่มีอาการแสดง ถ้ามีอาการ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมักมีรูปร่างอ้วน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่วนปริมาณของอินซูลินในเลือดอาจน้อย ปกติหรือสูงกว่าปกติก็ได้ (จันทนา และนิตยา, 2548) โรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์สูงและเป็นต้นเหตุนำไปสู่โรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพหลายโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคจอตาเสื่อม โรคไต ความเสื่อมของระบบประสาท ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการเป็นเบาหวานนานๆ หรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมีผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (อภิชาติ, 2546) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

#### *อุบัติการณ์และความชุกในผู้สูงอายุ*

เบาหวานในผู้สูงอายุจะเป็นชนิดที่ 2 คือ ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือจากการนำอินซูลินไปใช้ไม่ได้ (จันทนา และนิตยา, 2548) จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2539-2540 พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุร้อยละ 7-10 (จันทร์เพ็ญ, 2543) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในผู้สูงอายุเพศหญิง รองจากระบบไหลเวียนเลือด มะเร็ง และอันดับ 7 ในผู้สูงอายุเพศชาย (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2543) อ้างตามจันทร์เพ็ญ, 2543) และจากการศึกษาของวิศิษฐ์, ณัฐจารพรและมุขิน (2545) พบความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 - 15 โดยประมาณว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้นราว 1,380,000 คน จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้น

#### *สาเหตุของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ*

กลไกการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ จากการศึกษาเกี่ยวกับเมตะบอลิซึมของกลูโคส ในผู้สูงอายุพบว่า การเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในผู้สูงอายุ เป็นผลจากพยาธิปัจจัยหลัก 2 ประการร่วมกัน ได้แก่ ความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินจากเบตาเซลล์ของตับอ่อนซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะขาดอินซูลิน (insulin deficiency) และการออกฤทธิ์ของอินซูลินลดลง จากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลินที่ตำแหน่งการเกิดต่างกัน ได้แก่ 1) ความผิดปกติที่พรีรีเซพเตอร์ (prereceptor defect) เกิดก่อนที่อินซูลินซึ่งหลั่งออกมาจะจับกับโปรตีนตัวรับที่ผนังเซลล์ เนื่องจากในผู้สูงอายุมักมีผนังหลอดเลือดแข็ง และหนาตัวมากขึ้นจึงทำให้อินซูลินจับกับโปรตีนตัวรับที่ผนังเซลล์ได้ลดลง 2) ความผิดปกติที่รีเซพเตอร์ (receptor defect) เมื่ออายุมากขึ้นจำนวนรีเซพเตอร์ของโปรตีนตัวรับจะลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงทำให้จับอินซูลินได้น้อยลง 3) ความผิดปกติที่โพสต์รีเซพเตอร์ (post receptor defect) เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดมีระดับ

อินซูลินในเลือดสูง แต่ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายมีการตอบสนองต่ออินซูลินลดลง ความผิดปกติทั้ง 3 ชนิดนี้ ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง และพยายามที่จะสร้างออกมาให้มากขึ้น จึงเกิดภาวะคือต่ออินซูลิน (insulin resistance) (จันทนา และนิตยา, 2548; อภิรดี และสุทิน, 2548; American Diabetes Association, 2001; Smeltzer & Bare, 2004)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดเบาหวานได้ เช่น ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน ความเครียด ความอ้วน ผลจากยาหรือสารเคมีบางชนิด การขาดการออกกำลังกาย และพันธุกรรม (วีรพันธ์, 2548; ศักดิ์ชัย และชัชชาญ, 2546; อภิรดี และสุทิน, 2548) ดังนี้

1. ความเครียด ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวจึงก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนบางชนิดเพิ่มขึ้นได้แก่ แคททีโคลามีน (catecholamine) กลูคาγον (glucagons) โกรทฮอร์โมน (growth hormone) และคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งฮอร์โมนที่กล่าวมานี้มีฤทธิ์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2. ความอ้วน คนอ้วนจะมีเซลล์ไขมันจำนวนมาก และขนาดจะขยายใหญ่ เมื่อไขมันไปรวมตัวกับอินซูลิน จะมีรูปแบบเป็นชนิด อินแอคทีฟ (inactive insulin) ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินลดลง และมีผลเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของรีเซพเตอร์ที่กล่าวมาข้างต้นด้วย เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดเบาหวานในผู้สูงอายุ (Lueckenotte, 2000 อ้างตามจันทนา และนิตยา, 2548)

3. ผลจากยาหรือสารเคมีบางชนิด ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมักมีร่างกายอ่อนแอและอาจได้รับยาหลาย ๆ ชนิด เช่น คอร์ติโคสเตอรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาต้านแคลเซียม คาเฟอีน นิโคติน เป็นต้น ยาเหล่านี้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น แต่ยาบางชนิด เช่น แอสไพริน แอลกอฮอล์ จะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

4. การขาดการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย จากการเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลให้การตอบสนองของเนื้อเยื่อต่ออินซูลินลดลง (อภิรดี และสุทิน, 2548)

#### อาการและอาการแสดงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการที่หลากหลาย เช่น น้ำหนักตัวลดลง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อ่อนเพลีย เหนื่อยชา ซึ่งเป็นอาการที่ไม่จำเพาะ และอาการที่พบบ่อยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก (polydipsia) และปัสสาวะมาก (polyuria) อาจไม่พบในผู้สูงอายุ หรือไม่มีอาการ หรือมาด้วยน้ำหนักลด อ่อนเพลียเบื่ออาหาร กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แต่ตรวจเลือดพบระดับกลูโคสในเลือดสูง อาจทำให้ได้รับการวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคอื่นได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานชนิดต่าง ๆ ได้แก่

ต่อกระจก ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา (retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนที่ไต (nephropathy) การเกิดแผลที่เท้า และการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) (อภิรดี และสุทิน, 2548) รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อที่ผิวหนัง อาการเหนื่อยล้าง่าย รู้สึกชา การมองเห็นพร่ามัว มีอาการคัน ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จนดูเหมือนว่าไม่มีอาการของโรคเบาหวาน (Tamparo & Lewis, 2005)

### พยาธิสภาพของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงนานๆ จะมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ระบบหลอดเลือด จะมีผลต่อโครงสร้างของหลอดเลือดเล็กๆ (microangiopathy) เนื่องจากน้ำตาลจะไปจับฮีโมโกลบินบนเม็ดเลือดแดงสูงขึ้น และจับอย่างเหนียวแน่นทำให้การปล่อยออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลงทำให้เกิดการขาดออกซิเจนตามมา ซึ่งพยาธิสภาพนี้จะเกิดขึ้นทั่วร่างกาย และในผู้สูงอายุมักมีผนังหลอดเลือดตีบแข็งทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ขาดเลือดไปเลี้ยงได้ง่ายขึ้น หลอดไตและหน่วยไตจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้เพิ่มอัตราการกรองมีการสูญเสียโปรตีนออกมากับปัสสาวะ เกิดกลุ่มอาการเนฟโรติก และตามด้วยไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่คงที่ที่จะทำให้มองเห็นภาพไกลไม่ชัด เหมือนคนสายตาสั้นเนื่องจากความเข้มข้นของน้ำตาลในเลนส์ตาสูงจึงดูดน้ำเข้ามาทำให้เลนส์ตาบวม ในส่วนของระบบประสาทเมื่อฮีโมโกลบินจับกับน้ำตาลสูงจะทำให้การนำสัญญาณช้าลง ทำให้มีอาการชาที่อวัยวะส่วนปลาย ประกอบกับการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ลดลงจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย และลุกลามกลายเป็นเนื้อเน่าตาย (อภิรดี และสุทิน, 2548; Tamparo & Lewis, 2005)

### ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นระยะเวลาานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็ว

1.1 ภาวะหมดสติเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงแต่ไม่มีคีโตนคั่ง (hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma, HHNC) สาเหตุหลักเกิดเนื่องจากในวัยสูงอายุ มักมีโรคเรื้อรังทำให้เกิดความเครียด และมีผลทำให้หลังฮอร์โมนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีระดับอินซูลินในเลือดสูงพอที่จะป้องกันการสลายตัวของไขมันได้ จึงไม่ทำให้เกิดสารคีโตนในเลือดเพิ่มขึ้น อาการและอาการแสดงคือมี

อาการขาดน้ำมาก หายใจตื่นแต่ไม่หอบ ไม่มีกลิ่นอะซิโตน มีอาการชักเฉพาะหรือชักทั้งตัว หมดสติ ตรวจพบ babinski sign positive หัวใจและไตมีการทำงานผิดปกติร่วมด้วย (จันทนา และนิทยา, 2548)

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติคือ ระดับน้ำตาลในพลาสมาเท่ากับหรือต่ำกว่า 50 มก./ดล. ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดครบ (whole blood) เท่ากับหรือต่ำกว่า 40 มก./ดล. แต่ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะเกิดอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อระดับเลือดสูงกว่าที่กล่าวข้างต้น กล่าวคือระดับน้ำตาลในพลาสมาสูงกว่า 50 มก./ดล. และระดับน้ำตาลในเลือดครบมากกว่า 40 มก./ดล. (วิทยา และธิตติ, 2542) สาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหารน้อยเกินไป ออกกำลังกายมากเกินไป หรือรับประทานยามากเกินไป เนื่องจากสายตาไม่ดี และการขับถ่ายของยาซาลงทำให้ระดับยาในเลือดสูงขึ้น อาการที่พบจะเกิดกับสมองเป็นอันดับแรก มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น มือสั่น หิว ซิพจรเต้นเร็ว กระสับกระส่าย ซีด และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการมึนงง สับสน ขาดสมาธิ ง่วงนอนตาพร่ามัว พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง จนมีอาการชัก อัมพาต รูม่านตาขยาย และหมดสติ

2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นได้เกือบทุกระบบของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเป็นโรค และภาวะการควบคุมโรค คือ ถ้าเป็นโรคอยู่นานหรือมีการควบคุมโรคไม่ดี จะมีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดขึ้นมาก (วัลลา และอดิษฐ์, 2540) ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่

2.1 ความดันโลหิตสูง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (macroangiopathies) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมักเกิดในลักษณะของหลอดเลือดมีปัญหาผนังหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการที่มีระดับไขมันในเลือดสูงและการสะสมสารคอรับิทอล (sorbitol) จากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง ทำให้การปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อลดต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจน และเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดดังกล่าว

2.2 อาการชาปลายมือปลายเท้า เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาท (diabetic neuropathy) คือ ระบบประสาทที่รับความรู้สึก (sensory nerve) ทำให้เกิดอาการชา ปวดแสบปวดร้อนบริเวณแขนขา หรือมีอาการเจ็บคล้ายถูกเข็มแทง โดยเฉพาะที่บริเวณขา มีอาการเป็นตะคริวตอนกลางคืน หรือไม่มีความรู้สึกต่ออุณหภูมิร้อนเย็นที่มาสัมผัส

2.3 อาการทางตา เบาหวานทำให้เกิดจอตาเสื่อม (retinopathy) เนื่องจากเส้นเลือดฝอยที่บริเวณเรตินามีการหนาตัวขึ้น เส้นเลือดแตกได้ง่าย ทำให้ผู้สูงอายุมีสายตาท่าพร่ามัว และมี

เลือดออกในช่องน้ำวุ้นเลี้ยงลูกตา (vitreous hemorrhage) ในกรณีที่รุนแรงอาจทำให้จอตาหลุดได้ (retina detachment) และตาบอดได้ในที่สุด พบร้อยละ 60 ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน (จิริพงศ์, 2543) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเป็นเบาหวานประมาณ 3 ปี และพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเกิน 10 ปี จะมีการเสื่อมของจอตาถึงร้อยละ 55 (Klien, 1997 อ้างตาม วาสนา, 2548)

#### การดูแลรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปเป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุก็เป็นเช่นเดียวกับในผู้ป่วยทั่วไป คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดอาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานขึ้น โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ดังนั้นหลักในการควบคุมโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่สำคัญ ประกอบด้วย (จันทนา และนิตยา, 2548; วิทยา, 2541)

1. การควบคุมอาหาร เป็นสิ่งสำคัญมากในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยไม่ต้องใช้ยา เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการที่ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมอาหารจึงช่วยลดปริมาณกลูโคสที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยการลดปริมาณหรือเปลี่ยนสัดส่วนหรือชนิดของอาหารเพื่อให้น้ำตาลดูดซึมช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้
2. การให้ยารับประทาน ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น ทำให้มีการใช้กลูโคสมากขึ้น หรือมีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างน้ำตาลจากขบวนการกลูโคเนโอเจเนซิส (gluconeogenesis) และลดการดูดซึมของน้ำตาล เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
3. การฉีดยาอินซูลิน เพื่อทดแทนอินซูลินที่ขาดไป ทำให้กลูโคสเข้าเซลล์ ถูกนำไปใช้ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
4. การออกกำลังกาย ช่วยให้มีการใช้พลังงานมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มของการใช้กลูโคสของหลอดเลือดส่วนปลาย ทั้งขณะออกกำลังกายและหลังการออกกำลังกาย

#### อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน จัดว่าเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ จุดมุ่งหมายในการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน คือ จัดปริมาณอาหาร และสารอาหารให้ได้พลังงานต่อวันเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เช่นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานอาจให้อาหารหลัก

3 มื้อต่อวันก็เพียงพอ (ศรีสมัย และวรรณิ, 2548) อาหารที่ควรรับประทานได้แก่ อาหารประเภทที่มีกากใยมากๆ เช่น ผัก เพราะจะไม่ให้พลังงาน ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ข่อยง่าย (simple carbohydrate) เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและลดลงอย่างรวดเร็ว ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ยาก จำกัดผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ขนุน ทูเรียน เป็นต้น ลดอาหารที่มีไขมันมากๆ เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หรืออาหารทอด ควรรับประทานอาหารในแต่ละมื้อให้เท่า ๆ กัน และไม่ควรเลื่อนเวลาอาหารออกไป ที่สำคัญในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน การควบคุมอาหารควรทำไปทีละน้อยให้เกิดความเคยชิน ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจึงจะปฏิบัติได้นอกจากนี้อาจจะใช้ตารางอาหารแลกเปลี่ยนร่วมด้วย

จะเห็นได้ว่าอาหารและโภชนาการนับเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวาน เพราะการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรค นอกจากทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้แล้ว ยังทำให้ความต้องการในการใช้อินซูลินในร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานลดลงด้วยการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและรักษาสุขภาพให้ปกติ (พัชรภรณ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของวินธนา (2546) ที่พบว่าถ้ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้าน โภชนาการและสุขภาพที่ไม่ดี ไม่รับประทานผักหรืออาหารที่มีกากใยไม่จำกัดอาหารพวกแป้ง และจหวานจะเพิ่มโอกาสในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควรเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเพียงพอกับความต้องการที่จะควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยใช้ดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ (body mass index) ที่กำหนดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คำนวณได้จากน้ำหนักเป็นกิโลกรัม/ความสูงเป็นตารางเมตร ซึ่งค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสมหรือดีคือ น้อยกว่า 23 กิโลกรัม/ม.<sup>2</sup> ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 23-24.9 กิโลกรัม/ม.<sup>2</sup> แสดงว่าน้ำหนักเกินแต่ยอมรับได้ แต่ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ม.<sup>2</sup> แสดงว่าสูงเกินหรืออ้วน (Steering Committee Asia-Pacific Perspective, 2000 อ้างตามศรีสมัย และวรรณิ, 2548) ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควรได้รับปริมาณอาหาร ตามความต้องการของร่างกายดังนี้

#### คาร์โบไฮเดรต

การควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตให้เหมาะสมมีความสำคัญมากต่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ควรได้รับพลังงานร้อยละ 50 ถึง 64 ของแคลอรีที่ควรได้ตลอดวัน และควรเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือเพราะมีใยอาหารมาก ช่วยในการควบคุมน้ำตาลได้ดี มีดัชนีน้ำตาล (glycemic index) ต่ำ (ศรีสมัย และวรรณิ, 2548; อภิชาติ, 2546)

### โปรตีน

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควรได้รับสารอาหารโปรตีนที่เพียงพอเท่ากับภาวะปกติ คือประมาณร้อยละ 10-20 ของพลังงานจากอาหาร หรือประมาณ 0.8 กรัม/น้ำหนัก 1 กิโลกรัม/วัน หรือไม่ต่ำกว่าร้อยละ 11 ถึง 15 ของแคลอรีที่ได้รับทั้งวัน โปรตีนที่มีคุณภาพดีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเหลือง (American Diabetes Association, 2007) สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานโปรตีนควรมาจาก ไข่ขาว นม เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เต้าหู้ ถั่ว และควรจำกัดโปรตีนน้อยกว่า 10% ของพลังงานจากอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของไต (Powers, 2003)

### ไขมัน

ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมักมีภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง การเผาผลาญไขมันผิดปกติ โดยทั่วไปความต้องการไขมันของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานประมาณร้อยละ 30 ของพลังงานจากอาหาร (Anderson et al., 2006) โดยให้มีไขมันชนิดอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว และควรรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน (ศรีสมัย และวรรณิ, 2548)

### วิตามินและเกลือแร่

ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีความต้องการวิตามินและเกลือแร่เท่ากับในภาวะปกติ ยกเว้นในรายที่ได้รับพลังงานจากอาหารต่ำมาก คือน้อยกว่า 800 กิโลแคลอรี/วัน อาจจำเป็นต้องได้รับวิตามินและเกลือแร่เสริมเพิ่มขึ้น เช่น วิตามินเอ วิตามินอี และโครเมียม เป็นต้น และในผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารครบหมู่ในสัดส่วนที่ดีและได้รับใยอาหารเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารที่มีพลังงานเกิน 1,000 กิโลแคลอรี จะได้รับเกลือแร่และวิตามินมากพอกับความต้องการของร่างกาย (อภิชาติ, 2546)

### เส้นใยอาหาร

เส้นใยอาหารให้ประโยชน์ในการรักษาหรือป้องกันความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ใยอาหารประเภทที่ละลายน้ำได้ มีผลในการป้องกันหรือลดระดับไขมันในเลือด ชะลอการดูดซึมของกลูโคสจากลำไส้เล็ก ช่วยให้อัตราตาลินเลือดและความต้องการอินซูลินของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานลดลง (ศัลยา คงสมบูรณ์, มปป.) ซึ่งอาหารที่มีเส้นใย ได้แก่ พืชจำพวกถั่ว ผักใบเขียว และผลไม้เป็นต้น ปริมาณที่แนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน คือ 20 - 35 กรัมต่อวัน (Anderson et al., 2006)



### ชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง

ชนิดของอาหารมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารที่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดเสมอ ๆ จะเป็นการยากที่จะควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ อาหารผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานนั้น อาจแบ่งง่าย ๆ เป็น 3 ประเภท คือ อาหารที่ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน และอาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด (สุนันท์, วชิรา และวิทยา, 2541)

#### 1. อาหารที่ห้ามรับประทานหรือควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

1.1 อาหารน้ำตาล และขนมหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยานมขันทาน น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ซึ่งมีน้ำตาลประมาณ 8 - 15% เป็นส่วนใหญ่

1.2 อาหารจำพวกผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน อ้อย ลำไย เป็นต้น

1.3 อาหารประเภทไขมัน ที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ ขาหมู หมูพะโล้ ข้าวมันไก่ หรืออาหารประเภทผัด ทอด อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ เช่น แกงกะทิ บวดเผือก กล้วยบวดชี เป็นต้น

1.4 อาหารพวกเครื่องดื่มน้ำหวานต่าง ๆ น้ำอัดลม ผลไม้กระป๋อง นมรสหวาน เบียร์ ไวน์ เหล้า เป็นต้น

2. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาด คะน้า ถั่วฝักยาว ผักบุ้ง ถั่วงอก น้ำเต้า สายบัว เป็นต้น เนื่องจากอาหารประเภทนี้มีสารอาหารต่ำ และมีเส้นใยอาหารสูง ซึ่งนอกจากจะสามารถช่วยในการดูดซึมอาหารในลำไส้ให้เกิดขึ้นช้าลง เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดและความต้องการใช้อินซูลินในร่างกายลดลงแล้ว ยังทำให้การตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น โดยช่วยเพิ่มความไวของอินซูลินในการจับกับรีเซปเตอร์ให้ดีขึ้นได้อีกด้วย

3. อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด อาหารที่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานรับประทานได้ แต่ถ้าได้รับมากเกินไป ก็จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่าง ๆ ข้าวและอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ วุ้นเส้น พืชจำพวก เผือก มัน มันฝรั่ง ฟักทอง ถั่วเมล็ดแห้ง อาหารสำเร็จรูปสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาเบาหวาน นอกจากการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานแล้ว อาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ในการควบคุมอาหารโดยเป็นการแลกเปลี่ยนอาหารในหมวดเดียวกันหรือระหว่างหมวด เพื่อให้จำนวนแคลอรีต่อวันใกล้เคียงกัน และทำให้มีความยืดหยุ่นในการรับประทานอาหารได้หลากหลายมากขึ้น รายการอาหารแลกเปลี่ยนจัดแบ่งอาหารเป็น 6 หมวด ได้แก่ หมวดนํ้านม หมวดผัก หมวดผลไม้ หมวดข้าวและแป้ง หมวดเนื้อสัตว์ และหมวดไขมัน

อาหารแต่ละชนิดในหมวดเดียวกันจะมีคุณค่าทางโภชนาการใกล้เคียงกันสามารถแลกเปลี่ยนกันได้ ในหมวดเดียวกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานรับประทานอาหารได้หลากหลาย

### *ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุ*

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ มักมีปัญหาเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ยาก เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมของกลูโคสในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่ออินซูลินที่เซลล์เป้าหมายลดลง มีการหลั่งอินซูลินของบีตาเซลล์เพื่อชดเชยภาวะคืออินซูลินลดลง 2) การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและแคลอรีมาก ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและลดลงอย่างรวดเร็วควบคุมน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ยาก หรืออาจมาจากอุปนิสัยดั้งเดิมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักรับประทานอาหารเช้าตามความชอบ และคำนึงถึงรสชาติมากกว่าคุณค่าอาหาร (สรวงสุดา, 2544; อารยา, 2542; ออบเชย, 2542) 3) การออกกำลังกายน้อย (physical inactivity) ทำให้จำนวนโปรตีนดื้ออินซูลินลดลง ส่งผลให้ความไวต่ออินซูลินลดลง ออกฤทธิ์ได้ไม่ดี จึงมีน้ำตาลในเลือดสูง (จันทนา และนิตยา, 2545; อภิรดี และสุทิน, 2548)

### *แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุ*

การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาเบาหวาน การได้รับอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่มีน้ำตาลมาก จะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (วาสนา, 2548) รวมถึงการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ง่าย (simple carbohydrate) อาหารที่มีไขมันมาก ๆ หรือการรับประทานอาหารเช้าไม่เป็นเวลา (จันทนาและนิตยา, 2545; อภิรดีและสุทิน, 2548) การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเพื่อการควบคุมอาหาร อันมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้สูงอายุเบาหวานได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค สามารถปรับแคลอรีให้เหมาะสมได้ตามสถานภาพต่าง ๆ เช่น ขณะมีความเจ็บป่วย ช่วยให้ควบคุมน้ำตาลได้โดยไม่ต้องใช้ยา (วิมลรัตน์, 2543; ธิติและวิทยา, 2545; ศรีสมัย และวรรณิ, 2548)

### ความสำคัญของการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าโรคเบาหวานจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ถ้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ปัจจัยที่สำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร จากการศึกษาของซซ์ลิต (2541) ได้เสนอแนะว่า ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ควรเริ่มต้นด้วยการควบคุมอาหารอย่างเดียวก่อน ประมาณ 3 เดือน ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลงจึงจะพิจารณาให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และถึงแม้ในรายที่ได้รับอินซูลินในการรักษา ก็ไม่ทำให้การควบคุมอาหารลดความจำเป็นและความสำคัญลง

จะเห็นได้ว่าการควบคุมอาหารเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน(ภาวนา, 2544; ศัลยา, 2546) การควบคุมอาหารไม่ใช่การอดอาหาร แต่เป็นการเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนและสมดุล การควบคุมอาหารจึงต้องควบคุมทั้งปริมาณและคุณภาพของอาหาร ในการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุสิ่งสำคัญคือ ต้องเปลี่ยนอุปนิสัยในการบริโภค และควรกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป การรับประทานอาหารควรรับประทานอย่างมีจุดมุ่งหมาย คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ช่วยในการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน (มันทนา, 2542)

การชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถทำได้โดยการควบคุมอาหาร ซึ่งมีหลักในการควบคุมอาหารดังนี้ คือ การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน การปรับความถี่ของการรับประทานอาหาร และหลักการจัดอาหารแลกเปลี่ยนหรืออาหารทดแทน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงกับระดับปกติให้มากที่สุด ช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งโภชนาการที่ดี (เทพและคณะ, 2540)

โภชนาการที่ดีเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่พบว่าในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ มีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค มีการรับประทานอาหารรสหวานจัด อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต และไขมันสูง ไม่มีการควบคุมการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวมาก ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพื่อดูว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร มีการควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับอาหารหรือไม่ อาหารที่รับประทานเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งในแต่ละบุคคลก็มีความแตกต่างของการปรุงอาหาร การรับประทานอาหาร

แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมในครอบครัว การจัดหาอาหาร วัฒนธรรมในการรับประทานอาหาร เศรษฐกิจของครอบครัว หรือบริบทนิสัยของผู้สูงอายุเอง ซึ่งการประเมินการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามามีวิธีการประเมินหลายวิธี เช่น 1) การบันทึกอาหารที่บริโภค (food record) คือการจดบันทึกประจำวันอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ เพื่อประเมินว่าได้รับสารอาหารเหมาะสม เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ 2) การสัมภาษณ์การรับประทานอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24-hour dietary recall) เป็นการถามเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ ปริมาณที่รับประทานเฉพาะ 1 วันก่อนสัมภาษณ์เพื่อประเมินสารอาหารที่ได้รับ 3) การสัมภาษณ์ความถี่ของการรับประทานอาหาร (food frequency questionnaires) เป็นการถามถึงจำนวนครั้งของการรับประทานอาหารแต่ละชนิด โดยผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ระบุความถี่ในการรับประทานอาหารนั้น ๆ 4) การซักประวัติการบริโภคอาหาร (dietary history) เป็นการถามถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผ่านมา เช่น ความชอบ อาหารที่รับประทานประจำ อาหารที่ไม่รับประทาน 5) การวิเคราะห์อาหารที่บริโภคใน 1 วัน (duplicate food collection) เป็นการสอบถามอาหารที่รับประทานใน 1 วันเพื่อวิเคราะห์ว่าได้รับสารอาหารครบถ้วน มีประโยชน์หรือไม่ ซึ่งการประเมินดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

#### พฤติกรรมควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารให้ถูกสัดส่วน และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (สัลยา, 2546) และจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน การได้รับอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่มีน้ำตาลมาก จะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจึงจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

1. การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน จำเป็นมากในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเพราะมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ในการควบคุมอาหารจึงจำเป็นต้องทราบถึงประเภทของอาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัด อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด และอาหารที่ห้ามรับประทานหรือควรหลีกเลี่ยง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ ควรรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะทางโภชนาการ คือ มีอาหารครบทุกหมู่

2. การปรับความถี่ของการรับประทานอาหาร ถามถึงความถี่ของการรับประทาน แบบสัมภาษณ์จะถามจำนวนครั้งของการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ ความถี่ของอาหารที่รับประทาน ฮอร์วอทซ์ (Horwath, 1998) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่กินอาหารไม่ครบมื้อส่งผลให้มี

โภชนาการไม่ดี ในผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลินหรือรับประทานยาเบาหวาน เวลาในการรับประทานอาหารและอาหารว่างมีความสำคัญมาก เพราะจะต้องรับประทานให้สอดคล้องกับปริมาณอินซูลินที่ใช้ในร่างกายและเวลาการออกฤทธิ์ของยา การรับประทานอาหารเป็นเวลาและปริมาณที่ใกล้เคียงกันในแต่ละวันจะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งหากรับประทานอาหารมากเกินไปในมื้อใดมื้อหนึ่งแล้ว เมื่ออาหารถูกย่อยและเปลี่ยนเป็นน้ำตาลกลูโคส น้ำตาลจะมีปริมาณสูงมากกว่าปริมาณอินซูลินในร่างกายที่จะเปลี่ยนกลูโคสไปเป็นพลังงาน ดังนั้นจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (ศัลยา, ม.ป.ป.)

ในทางตรงกันข้าม การงดมื้ออาหารหรือรับประทานอาหารล่าช้ากว่าปกติ หรือรับประทานน้อยเกินไปอาจทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินซูลินหรือรับประทานยาเบาหวานบางชนิด การงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งเป็นเวลา 30 - 60 นาที อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ระดับน้ำตาลอาจต่ำมากเมื่อเวลาอาหารถูกเลื่อนออกไป กรณีนี้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควรรับประทานอาหารในกลุ่มแป้งหรือผลไม้ 1 ส่วน (คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม) เมื่อเวลาถูกเลื่อนออกไป 30 - 60 นาที ซึ่งอาหารที่รับประทานนี้เป็นส่วนที่ต้องหักออกจากการรับประทานอาหารในมื้อถัดไป (ศัลยา, ม.ป.ป.) จากการศึกษาของพัชรภรณ์ (2544) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความถี่ในการรับประทานผักใบเขียวต่าง ๆ สูงกว่าการรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ติดมัน

3. การกำหนดปริมาณอาหารที่รับประทาน ปริมาณอาหารเป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควรรับประทานในแต่ละมื้อให้เท่า ๆ กัน ไม่ควรรับประทานมากเกินไป และควรรับประทานให้ครบ 3 มื้อ ไม่ควรเลื่อนเวลาอาหารออกไป จะช่วยควบคุมน้ำหนัก ระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือด การกระจายมื้ออาหารออกไปตลอดทั้งวัน โดยการรับประทานเป็นมื้อเล็ก ๆ และมีอาหารว่างระหว่างมื้อ โดยที่พลังงานในแต่ละวันคงที่ จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูงขึ้นหลังจากมื้ออาหาร และยังช่วยควบคุมความอยากอาหาร

#### *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุ*

พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ปัจจัยด้านครอบครัว เศรษฐกิจ บริโภคนิสัย วัฒนธรรมประเพณี ศาสนา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้มีการศึกษาเป็นจำนวนมากในผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุ (กาญจณี, 2549; นิรันดร์, 2545; รุจิรา, 2543; สรวงสุตา, 2544; อารยา, 2542; Ausman & Russeii, 1999) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัย

อื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไปใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคลทั้งที่สุขภาพดีและที่เจ็บป่วย เช่น โรคกระดูกพรุน (บุปผา, 2544; สุวิชา, 2544) การตรวจหาเซลล์มะเร็ง (จุฬารัตน์, 2546; Ekstrom, 2004; Kim, 2002; Wcislo, 2004) โรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา, 2549) และงานวิจัยในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน พบว่ามีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน (จตุรงค์, 2540; ปรียาภรณ์, 2550; ศิริพร, 2545) โดยพบว่า การรับรู้ของบุคคลในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และการศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงที่เป็นเบาหวาน (จิรนุช, 2540; อินทรพร, 2541) แต่ไม่พบรายงานการศึกษาที่ศึกษาปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

#### *การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร*

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวชี้บ่งของการเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะทำในสิ่งที่ตนคาดว่าจะเห็นผลดี และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้นำรูปแบบมาอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรครก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อหรือรับรู้ ว่า

- 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- 2) โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต
- 3) การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดความเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (modifying factors) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (cue to action) ซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค และมีแนวคิดว่า พฤติกรรมการกรรมการป้องกันโรคของบุคคลอธิบายได้ จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งนำมาอธิบายเกี่ยวกับการควบคุมอาหารขึ้นกับปัจจัย การรับรู้ของบุคคล (individual perceptions) เป็นความเชื่อด้านการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อ

แนวโน้มการแสดงผลพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี (perceived susceptibility) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานว่าตนเองเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานถ้าไม่มีการควบคุมอาหารหรือควบคุมอาหารได้ไม่ดี การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค การดูแลตนเองที่ดี มีพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ดี จะต้องมีความเชื่อตามการรับรู้ของตน ว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (สุจิตรา, 2549) ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่น จากการศึกษาของศิริพร (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการศึกษาของบุปผา (2544) เกี่ยวกับตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ จากการศึกษาของสุริวัลย์ (2547) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลนครยะลา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี (perceived seriousness) หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีต่อความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีแตกต่างกัน และเมื่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะมีการประเมินว่าความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับใด มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด นำไปสู่ความพิการอย่างถาวรหรือไม่ หรือความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนอาจมีผลต่อการทำงานของตน มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการแสดงผลพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนของตนเอง จากการศึกษาของรัชนิย์ (2543) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลนครยะลา (สุรวิทย์, 2547)

3. การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร (Perceived benefits) เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี และรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเองมากขึ้น ซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเกิดความพยายามที่จะกระทำบางสิ่งบางอย่าง โดยมีทิศทางของการกระทำเกิดจากการมีความเชื่อว่าจะนำไปสู่การลดลงของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะเลือกกระทำในสิ่งที่มีความเป็นไปได้ มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพสูงสุด ถ้าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีความเชื่อว่าประโยชน์ของการควบคุมอาหารนั้นอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะมีการแสดงพฤติกรรมควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น (Rosenstock, 1990) จากการศึกษาของจตุรงค์ (2540) ที่ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิย์ (2543) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

4. การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร (Perceived barriers) เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีความเชื่อว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือลดภาวะคุกคามของภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อตนเอง ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานยังพิจารณาการกระทำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนนั้น ว่าทำให้ตนเองเกิดความไม่สะดวก ความไม่สบายกาย ความไม่สบายใจ การเสียเวลา การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความกลัว ความอายหรือไม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยทางลบหรือเป็นอุปสรรคที่จะขัดขวางทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานไม่ควบคุมอาหารหรือพยายามหลีกเลี่ยงการควบคุมอาหาร ซึ่งถ้าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานรับรู้ว่าการควบคุมอาหารสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน มีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรับรู้ว่าการควบคุมอาหารมีอุปสรรคน้อย เช่น สามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ทดลองปฏิบัติได้ ไม่เสี่ยงต่ออันตรายหรือความสูญเสีย ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะมีความพยายามที่ควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น



นอกจากปัจจัยด้านการรับรู้ เบคเกอร์ (1977) ยังกล่าวถึงปัจจัยร่วมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น เพศ การศึกษา รายได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้มีการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเพื่อนำมาอธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ แต่ปัจจัยร่วมที่น่าสนใจอีกตัวหนึ่งคือการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร เนื่องจากการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการจัดเตรียมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญ

#### *การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร*

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว เป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลว่า สถาบันที่บุคคลต้องเกี่ยวข้องเป็นอันดับแรกคือสถาบันครอบครัว และครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในระดับกลุ่ม ที่มีความผูกพันตามธรรมชาติอีกด้วย จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดสงขลา (เยาวเรศ, 2543) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ทั้งด้านดีและไม่ดีจะส่งผลถึงการปฏิบัติด้านสุขภาพ คือถ้าได้รับด้านดีมาก จะมีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในด้านดี ถ้าได้รับด้านไม่ดีมาก จะส่งผลให้มีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในด้านดีน้อย ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควรจะได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารเพื่อช่วยให้สามารถควบคุมอาหารได้ แนวความคิดของการสนับสนุนจากครอบครัวมีหลากหลาย มีทั้งที่แตกต่างและคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ (Thoits, 1986) ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต

#### *ประเภทของการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน*

การสนับสนุนจากครอบครัวได้มีนักวิชาการหลายท่านแบ่งประเภทของการสนับสนุนจากครอบครัว แตกต่างกันไป เช่น คอบบ์ (Cobb, 1976 อ้างตามเกษชญา, 2549) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การเคารพและคุณค่า และการมีพันธะหน้าที่ซึ่งกันและกัน เซฟเฟอร์ คอย และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 อ้างตามเกษชญา, 2549) แบ่งการสนับสนุนเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุ และการสนับสนุนด้านข่าวสาร แต่จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นควรครอบคลุมถึงการตอบสนองความ

จำเป็นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัว ตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981 อ้างตามเกษชญา, 2549) เนื่องจากเป็นมิติการสนับสนุนจากครอบครัวที่กล่าวครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกายคือด้านทรัพยากรสิ่งของ ด้านจิตใจ คือด้านอารมณ์ ด้านสังคมคือข่าวสาร และด้านจิตวิญญาณคือด้านการประเมินค่า ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนจากครอบครัว ไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เป็นการให้ข้อมูล หรือคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานควรมีการปรับแผนการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน และเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน จึงทำให้บุคคลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน การจัดเตรียมอาหาร การเลือกและปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรค อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จำนวนมื้อในแต่ละวัน ความเพียงพอ ถ้าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้รับอย่างถูกต้องก็จะส่งผลต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ใกล้เคียงปกติหรือปกติ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถปรับการปฏิบัติตนตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรค

2. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการช่วยเหลือที่แสดงออกถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และความห่วงใยซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานรู้สึกผ่อนคลาย มีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกตนเองมีคุณค่าและมีแรงจูงใจในการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน จากการศึกษาของเกศินี (2550) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวโดยการให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผู้ที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจได้ และสามารถควบคุมอาหารได้ดีขึ้น

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เป็นการที่ครอบครัวให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง และบริการอื่น ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจัดเตรียมอาหารที่มีความหลากหลาย การจัดเตรียมน้ำดื่มที่สะอาดอย่างพอเพียง จากการศึกษาของอารีย์ (2540) พบว่าการสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีผลต่อการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังนั้นการได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของจึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมอาหารได้

4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการประเมินค่าของการให้ข้อมูลต่าง ๆ ในการควบคุมอาหาร เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้ประเมินตนเองว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นถูกต้องหรือไม่ การยอมรับการยกย่องชมเชยถึงสิ่งที่ตนปฏิบัติได้ดี และยอมรับการติชมในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เช่นการปฏิบัติของผู้สูงอายุในการควบคุมอาหาร หลีกเลียงอาหารรสชาติหวานจัด ไขมันสูง เมื่อผู้สูงอายุได้รับคำชมเชย ยกย่องจากบุคคลในครอบครัว เช่น บุตรหลาน คู่สมรสว่าปฏิบัติถูกต้องดีแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง และรู้สึกว่ามีความสำคัญต่อความต้องการของครอบครัว มีกำลังใจในการปฏิบัติควบคุมอาหารได้อย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนจากครอบครัวที่เกี่ยวข้องภาวะโภชนาการและพฤติกรรมมารับประทานอาหาร มีการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การให้โปรแกรมสุขศึกษา การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (ธีระ, 2548; สมคิด, 2546; อรุณี, 2548)

#### ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน นอกจากปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

1.1 เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดบริโภคนิสัย โดยเพศหญิงกับเพศชายจะมีนิสัยในการรับประทานอาหารแตกต่างกัน เพศหญิงจะปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารดีกว่าเพศชาย (จตุรงค์, 2540; พัชราภรณ์) มีการรับประทานอาหารผักและผลไม้มากกว่าส่วนนิตยา (2536) กล่าวว่า เพศหญิงจะมีความถี่ในการรับประทานอาหารมากกว่าเพศชาย คือชอบรับประทานอาหารจุกจิบหรืออาหารว่างมากกว่า จากลักษณะพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ต่างกัันนี้ ทำให้ได้รับสารอาหารและพลังงานต่างกัน ภาวะโภชนาการจึงมีความแตกต่างกัน

1.2 รายได้จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี (จตุรงค์, 2540; จิรนุช, 2540; เพ็ญศรี, 2540) แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีผลต่อการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร เพราะผู้ที่ฐานะดีก็อาจจะไม่สามารถเลือกชนิดและคุณภาพของอาหาร ได้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง (นิตยา, 2536)

1.3 การศึกษา ทำให้บุคคล มีเหตุผล สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีโอกาสได้รับข่าวสารต่าง ๆ เข้าใจกับสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก จะช่วยให้มีแนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโภชนาการของตนให้เหมาะสมได้ (รุจิรา, 2543) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (จตุรงค์, 2540; จิรนุช, 2540; เยาวเรศ, 2543) แต่การศึกษาของกาญจนา (2541) พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้สูงอายุโรคหัวใจ

1.4 ลักษณะการอยู่อาศัย ขนาดและโครงสร้างของครอบครัว จำนวนสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวก็มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารเช่นกัน เพราะการรับประทานอาหารเป็นการมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งในสังคม ไม่มีใครชอบที่จะรับประทานอาหารเพียงคนเดียว ดังนั้นผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ไม่มีบุตรหลานคอยดูแลจะมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย หรือข้ามอาหารบางมื้อไป นอกจากนี้การอาศัยอยู่ในเขตเมืองกับชนบทยังมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร คือ ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองมีโอกาสที่จะเลือกรับประทานอาหารได้หลายชนิดกว่าผู้ที่อาศัยในเขตชนบทเพราะมีแหล่งอาหาร เช่น ตลาดสด ภัตตาคารต่างๆ มากกว่า ในขณะที่ผู้ที่อาศัยในชนบทจะรับประทานอาหารเท่าที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเขตเมืองมีแหล่งอาหารที่สำคัญคือ ตลาด

1.5 ความเชื่อ ทศนคติ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และศาสนาของแต่ละสังคม ครัวร์ิสและคณะ (Kouris, et al., 1991) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ในประเทศกรีซ พบว่ามากกว่า 75% เชื่อว่าการบริโภคเนื้อไม่ดีต่อสุขภาพ การบริโภคปลาดีต่อหัวใจ การบริโภคถั่วทำให้อายุยืน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยตามความเชื่อทั้งหมด ยกเว้น การบริโภคพืชจำพวกถั่ว ซึ่งการบริโภคขึ้นกับความเชื่อที่ว่าอาหารมีผลดีต่อสุขภาพเพียงใด

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายตามวัย หรือความชราเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะมีการเสื่อมลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทุกระบบ เช่นการเสื่อมลงของประสาทเกี่ยวกับการมองเห็น การรับรส การรับกลิ่น การได้ยินเสียง และการรับสัมผัส รวมทั้งการเสื่อมสภาพของปมรับรสที่ลิ้นมีผลทำให้ความอยากอาหารลดลง ไม่รู้สึกอร่อยในรสชาติอาหาร นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องฟัน เช่น ฟันหัก เป็นสาเหตุหลักทำให้ผู้สูงอายุบริโภคเนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ลดลง (บุญศรีและคณะ, 2545) การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ช้าลง ทำให้

ท้องอืด อาหารไม่ย่อย นอกจากนี้การดูดซึมอาหารไปสู่เซลล์ต่างๆ ทำได้น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดอาหารได้ง่าย ส่วนปัญหาด้านจิตใจอันเป็นผลมาจากกระบวนการของความชรา ได้แก่ ความรู้สึกเศร้า หดหู่ ว้าเหว่ เบื่อหน่าย จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้เกิดภาวะขาดอาหารได้ หรือในบางรายอาจทดแทนด้วยการรับประทานอาหารมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินได้ (นิตยา, 2536)

### 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม

3.1 อุปนิสัยดั้งเดิมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน จะมีนิสัยการรับประทานอาหารที่ประพฤติปฏิบัติมาเป็นเวลานาน ซึ่งนิสัยการบริโภคนี้คนเราค่อยๆสร้างมาตั้งแต่วัยเด็กจนเกิดเป็นนิสัยส่วนตัวซึ่งยากต่อการเปลี่ยนแปลง เพราะเป็นความเคยชินที่ได้ปฏิบัติมานาน มีความสัมพันธ์กับขนบธรรมเนียมประเพณีนิยม ความเชื่อต่างๆ รวมทั้งความเคยชินต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกรับประทานอาหารตามความชอบหรือไม่ชอบ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีการยึดติดกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบเดิมที่เคยปฏิบัติขณะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ รับประทานอาหารตามความชอบ ตามใจตนเองและคำนึงถึงรสชาติของอาหารที่ตนเองชอบมากกว่าคุณค่าทางอาหาร (อบเชย, 2542) จะส่งผลต่อการควบคุมอาหาร ทำให้มีการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสรวงสุดา (2544) และ อารยา (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักรับประทานอาหารโดยยึดรสชาติที่ตนเองชอบเป็นหลัก ในส่วนของผักและผลไม้จะเลือกรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานเป็นส่วนใหญ่

#### *สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง*

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากอุบัติการณ์และความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุ เป้าหมายที่สำคัญของการควบคุมเบาหวานในผู้สูงอายุ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังต่าง ๆ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเน้นที่การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารที่ดีจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การควบคุมอาหารเป็นปัญหาสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และจากการทบทวนงานวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังไม่พบรายงานวิจัยที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ร่วมกับการสนับสนุนจากรอบครัวในการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากรอบครัวในการควบคุมอาหาร

ในการทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ให้มีการควบคุมอาหารที่ดี อันจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นตัวแทนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนึ่งของประเทศไทย ในชุมชน โดยได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลานหรือญาติ
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดโดยการใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษา (power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบปกติแบบเข้าพร้อม ๆ กัน (Enter Regression Analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยการใช้สูตร

$$N = \lambda / f_2$$

โดย N หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$\lambda$  หมายถึง ค่าอำนาจการทดสอบที่ได้จากการเปิดตาราง  $\lambda$  table โดยกำหนดค่า power ค่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) และจำนวนตัวแปรทำนายที่ศึกษา

$f_2$  หมายถึง ค่าขนาดอิทธิพล (effect size or ES) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจากสูตร  $f_2 = R^2 / 1 - R^2$

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha = .05$ ) ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับโดยทั่วไป (Polit & Hungler, 1999) และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 โดยกำหนด  $V$  ที่  $\infty$  สำหรับค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) ใช้ที่ .31 เนื่องจากมีผู้ศึกษาตัวแปรที่คล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เบาหวาน (จตุรงค์, 2540) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 248 คน พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระ 2 ตัว จากการเปิดตาราง  $\chi^2$  table ได้ค่า  $\chi^2$  เท่ากับ 9.6 เมื่อนำมาแทนค่าตามสูตร

$$N = \frac{9.6}{0.1063} = 90.31$$

จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 90.31 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าขณะที่มาตรวจครั้งล่าสุด ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ อาการทางตา อาการทางไต อาการทางหัวใจ ความดันโลหิตสูง อาการชาที่ปลายมือปลายเท้า มีแผลเรื้อรัง ถูกตัดนิ้วมือ นิ้วเท้า หรือขา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักส่วนสูงดัชนีมวลกาย จำนวน 18 ข้อ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ครอบคลุมการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยเป็นการเลือกชนิดอาหาร 11 ข้อ การกำหนดปริมาณอาหาร 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ	3	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2	1 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	1	2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	0	3 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยรวม และรายด้าน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับ



คะแนน เป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้น นำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่ต้องการ (ชูศรี, 2546) และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 0.00-1.66	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 1.67-2.33	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 2.34-3.00	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่จตุรงค์ (2540) สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ โดยแบ่งเป็น 6 ด้านๆ ละ 4 ข้อ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วม รวมข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .78 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์นี้มาประยุกต์ใช้เพื่อวัดระดับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยปรับเปลี่ยน 4 ด้าน เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาเฉพาะปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหาร ได้ไม่ดี การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหาร ได้ไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร โดยด้านการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อ เป็น 6 ข้อ จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้วิจัยมีการปรับลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับดังนี้

	ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	3	0	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	2	1	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	1	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	0	3	คะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร สามารถแปลผลรายด้าน ได้ดังนี้

การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี คะแนนสูง หมายถึงผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีในระดับสูง

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี คะแนนสูง หมายถึงผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีในระดับสูง

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง

ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี และการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้การควบคุมอาหารที่ดี ในส่วนคะแนนของการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคมาก ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้การควบคุมอาหารไม่ดี ในการแปลผลคะแนนโดยรวมของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยจึงกลับค่าคะแนนของการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร แล้วจึงนำคะแนนแต่ละด้านมารวมกัน หาค่าด้วยจำนวนข้อ แปลผลเป็นคะแนนโดยรวมของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

การแปลผลค่าคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยรวม และรายด้าน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งรายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับคะแนน เป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรายภาคขึ้น นำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่ต้องการ (ชูศรี, 2546) และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 0.00-1.66	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 1.67-2.33	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 2.34-3.00	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981อ้างตามเกษชญา, 2549) และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ครอบคลุมแนวคิดของเฮ้าส์ ซึ่งแบ่งการสนับสนุนเป็น 4 ด้านได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ การสนับสนุนด้านสิ่งของ 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 4 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
จริงมาก	3	0 คะแนน
จริงปานกลาง	2	1 คะแนน
จริงน้อย	1	2 คะแนน
ไม่จริง	0	3 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารโดยรวม และรายด้าน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับคะแนน เป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้น นำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่ต้องการ (ชูศรี, 2546) และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 0.00-1.66	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 1.67-2.33	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 2.34-3.00	หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยใช้วิธีการดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหา และมีความเหมาะสมด้านภาษายังขึ้น

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ไปทดลองใช้กับตัวแทนผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน จำนวน 20 ราย แล้วคำนวณหาความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) และกำหนดค่าความเที่ยงอย่างน้อย 0.70 (Polit & Hungler, 1999) การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ทั้ง 3 ชุด จึงนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลต่อไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยได้มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอ

อนุมัติหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยไปยังสาธารณสุขอำเภอ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็น เบาทหวาน

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาต และสาธารณสุขอำเภอได้ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบ

1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอย่างละเอียด การใช้แบบสอบถาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยมีการฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ภายใต้การแนะนำและการดูแลจากผู้วิจัย จนมีความแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกับผู้วิจัยและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และมีการติดตามผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะ ๆ เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัยโดยมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง หากพบข้อบกพร่องผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจด้วยตนเองเพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

## 2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ต้องการเก็บข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ในการประสานงานกับผู้สูงอายุที่เป็น เบาทหวานในการเข้าร่วมการวิจัย ขออนุญาตศึกษารายงานผู้สูงอายุที่เป็น เบาทหวาน ตรวจสอบรายชื่อ และวันนัดผู้สูงอายุที่เป็น เบาทหวานมารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ที่อยู่ปัจจุบันของผู้สูงอายุที่เป็น เบาทหวาน เพื่อลงเก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุที่เป็น เบาทหวาน ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่เป็น เบาทหวานยังไม่ถึงวันนัดมารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้จากการทำวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการอ่านตามแบบสอบถาม แล้วให้ผู้สูงอายุตอบ และผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ลงคำตอบในแบบสอบถาม โดยเริ่มจากส่วนที่ 1 คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เรียงตามลำดับจนถึงส่วนที่ 4 คือแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูลคนละ ประมาณ 20-30 นาที

2.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์ จะเก็บข้อมูลเพิ่มเติมโดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างในข้อที่ยังไม่สมบูรณ์นั้น จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวคำขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นเบหาวาน และ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คะแนนตามวิธีการทางสถิติต่อไป

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายก่อนการเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างการศึกษาก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยนำเสนอในภาพรวมเพื่อการวิจัยเท่านั้น และหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 รายมาดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นเบหาวาน โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ทั้งรายด้านและโดยรวม
3. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติแบบเข้าพร้อม ๆ กัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ระดับการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และระดับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน อำนาจในการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในชุมชน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 95 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

ส่วนที่ 3 อำนาจการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 95 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.70) เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 55.80) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70 ปี (SD=7.86) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.21 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.16 มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 87.37 มีสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน ร้อยละ 42.10 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 50.50 ไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=95)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	25.30
หญิง	71	74.70
อายุ (ปี) ( $\bar{X}$ =69.95, SD=7.86, Min=60, Max=95)		
60-69	53	55.80
70-79	30	31.60
มากกว่า80	12	12.60
ศาสนา		
พุทธ	95	100.00
สถานภาพสมรส		
คู่	57	60.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	38	40.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	22	23.15
ประถมศึกษา	61	64.21
มัธยมศึกษา	7	7.37
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	2	2.11
ปริญญาตรี	3	3.16
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	54	56.80
เกษตรกร	25	26.30
ค้าขาย	13	13.70
อื่นๆ (ข้าราชการบำนาญ)	3	3.20

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน (บาท)		
น้อยกว่า 3,000	17	17.90
3,001-6,000	23	24.20
6,001-9,000	20	21.10
มากกว่า 9,001	35	36.80
ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย		
เพียงพอเหลือเก็บ	28	29.47
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	41	43.16
ไม่เพียงพอ	26	27.37
จำนวนสมาชิกของครอบครัว (คน) ( $\bar{X}$ =3.54, SD=1.58, Min=2, Max=9)		
1-5	83	87.37
6-10	12	12.63
บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย		
คู่สมรส	16	16.84
บุตรหลาน	37	38.94
คู่สมรสและบุตรหลาน	40	42.10
ญาติ	2	2.11
ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร		
ประกอบอาหารด้วยตนเอง	47	49.50
ไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง	48	50.50

### 1.2 ข้อมูลความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.80 มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 60 มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าครั้งล่าสุดอยู่ในระดับปกติ (70-126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 55.80 มีระดับน้ำตาลในเลือดช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ (น้อยกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 64.20 มีภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.10) คือ อาการชาปลายมือปลายเท้า รองลงมา ร้อยละ 27.40 มีความดัน



โลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 91.58 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และ ร้อยละ 65.30 มีดัชนีมวลกายปกติ (ตาราง 2)

## ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วย (N=95)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
1-5	53	55.80
6-10	21	22.10
มากกว่า 10	21	22.10
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าครั้งล่าสุด (มล./ดล.) ( $\bar{X}$ =126.76, SD=27.01, Min=70, Max=234)		
70-126	57	60.00
127-200	35	36.80
มากกว่า 201	3	3.20
ระดับน้ำตาลในเลือด 6 เดือนที่ผ่านมา (มล./ดล.)		
น้อยกว่า 126	53	55.80
มากกว่า 126	42	44.20
ภาวะแทรกซ้อนที่พบ		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	34	35.80
มีภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	26	27.40
มีอาการทางหัวใจ เช่น เจ็บหน้าอก	4	4.20
มีอาการทางไต เช่น บวมตามตัว	7	7.40
มีอาการทางตา เช่น ตามัวมองไม่ชัด	23	24.20
มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า	40	42.10
ถูกตัดนิ้วมือ นิ้วเท้า หรือขา	2	2.10

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (ครั้ง)		
0	87	91.58
1	7	7.37
2	1	1.05
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ (18.5-24.9)	62	65.30
มากกว่าปกติ (มากกว่า 25)	33	34.70

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

### 2.1 การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณารายด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูง ( $\bar{X} = 2.92$ ,  $SD = .24$ ) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีมีคะแนนเฉลี่ยสูง ( $\bar{X} = 2.68$ ,  $SD = .38$ ) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีอยู่ในระดับสูง การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีมีคะแนนเฉลี่ยสูง ( $\bar{X} = 2.63$ ,  $SD = .44$ ) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหารมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ( $\bar{X} = 0.23$ ,  $SD = .36$ ) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อกลับคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร เพื่อวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.76$ ,  $SD = .36$ ) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (N=95)

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก การควบคุมอาหารได้ไม่ดี	2.63	.44	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี	2.68	.38	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร	2.92	.24	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร	0.23	.36	ต่ำ
โดยรวม	2.76	.36	สูง

## 2.2 การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.49$ ,  $SD = .48$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านสิ่งของ อยู่ในระดับสูงที่สุด ( $\bar{X} = 2.77$ ,  $SD = .41$ ) รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $\bar{X} = 2.45$ ,  $SD = .52$ ) สำหรับด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{X} = 2.33$ ,  $SD = .53$ ) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (N=95)

การสนับสนุนจากครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์	2.45	.52	สูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.33	.53	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	2.77	.41	สูง
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า	2.37	.48	สูง
โดยรวม	2.49	.48	สูง

### 2.3 พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.65$ ,  $SD = .42$ ) โดยมีการกำหนดปริมาณอาหารอยู่ในระดับสูงที่สุด ( $\bar{X} = 2.75$ ,  $SD = .36$ ) และค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ การเลือกชนิดอาหาร ( $\bar{X} = 2.57$ ,  $SD = .47$ ) (ตาราง 5)

#### ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ( $N=95$ )

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การเลือกชนิดอาหาร	2.57	.47	สูง
การกำหนดปริมาณอาหาร	2.75	.36	สูง
โดยรวม	2.65	.42	สูง

เมื่อจำแนกตามรายชื่อในพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ด้านการเลือกชนิดของอาหาร พบว่า การเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าวอยู่ในระดับสูงที่สุด ( $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = .30$ ) รองลงมา มี 2 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ การหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้กวน เชื่อม หรือบรรจุกระป๋อง และการรับประทานผักที่ให้ใยอาหารสูง ได้แก่ ผักประเภทก้านและใบมากกว่าผักประเภทหัว ( $\bar{X} = 2.85$ ,  $SD = .36$ ) และมีการรับประทานอาหารตรงเวลาหรือในเวลาใกล้เคียงกัน ( $\bar{X} = 2.81$ ,  $SD = .40$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการกำหนดปริมาณอาหารที่รับประทาน ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการรับประทานข้าวมื้อละไม่เกิน 2-3 ทัพพี ( $\bar{X} = 2.96$ ,  $SD = .20$ ) รองลงมาคือ มีการรับประทานผักต้ม 4-6 ทัพพีต่อวัน หรือผักสด 8-12 ทัพพีต่อวัน ( $\bar{X} = 2.78$ ,  $SD = .41$ ) และดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ( $\bar{X} = 2.57$ ,  $SD = .58$ ) (ภาคผนวก ง ตาราง 7)

สำหรับพฤติกรรมการควบคุมอาหารจำแนกตามรายชื่อในพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด 3 อันดับแรก ด้านการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับประทานเนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน ( $\bar{X} = 2.66$ ,  $SD = .48$ ) รองลงมา คือ การรับประทานอาหารหรือขนมทุกครั้งเมื่อรู้สึกหิว ( $\bar{X} = 2.58$ ,  $SD = .54$ ) และการรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ ( $\bar{X} = 2.36$ ,  $SD = .50$ ) ในด้านการกำหนดปริมาณอาหารที่รับประทาน คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ มีการรับประทานอาหารมื้อหลักมากกว่าวันละ 3 มื้อ

( $\bar{X} = 2.99$ ,  $SD = .10$ ) รองลงมาคือ ดื่มน้ำเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง/วัน เหล้า ขาดองมากกว่า 30-45 มล./วัน ไวน์ มากกว่า 100-120 มล./วัน ( $\bar{X} = 2.96$ ,  $SD = .20$ ) และรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน 1 เม็ด ขนุนมากกว่า 2 เม็ด มะม่วงสุกมากกว่า 1/2 ผล เงาะมากกว่า 4 ผล ( $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = .31$ ) (ภาคผนวก ง ตาราง 8)

*ส่วนที่ 3* *อำนาจการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ต่อพฤติกรรมควบคุมอาหาร ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน*

ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อการวินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกินเกณฑ์ที่กำหนด คือ .65 (บุญใจ, 2547; เพชรน้อย, 2548) ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระสูง (multicollinearity)

2. การทดสอบความเป็นอิสระของปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ในการทำนายค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยใช้ค่า Tolerance และค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบว่าตัวแปรทุกตัวเป็นอิสระต่อกัน

3. ทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ในสมการถดถอยเชิงพหุ โดยดูค่าดูบิน วัตสัน (Durbin-Watson) ได้เท่ากับ 1.54 ซึ่งอยู่ในช่วงปกติ คือ 1.50-2.50 (กัลยา, 2546; เพชรน้อย 2548) (ภาคผนวก ค) จึงได้นำตัวแปรทุกตัวไปวิเคราะห์ในสมการทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้ร้อยละ 39.70 ( $R^2 = 39.70$ ,  $p < .01$ ) (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน (N=95)

ตัวทำนาย	b	SE <sub>B</sub>	$\beta$	t	P-value
การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	.25	.10	.20	2.50	.01*
การสนับสนุนฯ	.34	.05	.58	7.11	.00**

R = 0.64, R<sup>2</sup> = 0.41, R<sup>2</sup> change = 0.41, R<sup>2</sup><sub>adj</sub> = 0.397

\*p < 0.05    \*\*p < 0.01    constant (a) = 25.26    SEE = 5.11

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติแบบเข้าพร้อม ๆ กัน ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ในรูปคะแนนดิบ หรือคะแนนจริง ได้ดังนี้

$y$  (พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร) = 25.26 + 0.25 (การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร) + 0.34 (การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร)

จากสมการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่ดีขึ้น .34 หน่วย และหากมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้น .25 หน่วย โดยสมการนี้สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้ร้อยละ 39.70

#### การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาในประเด็นต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน
3. การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

4. การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน
5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

#### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในชนบท ส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.70 เป็นเพศหญิง อธิบายได้ว่าเนื่องจากภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่องในเพศหญิงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงกว่าเพศชาย เห็นได้จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Nakano, 1998 อ้างตาม อภิรดี และสุทิน, 2548) พบว่า ความชุกของภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่องในประชากรอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 6.30 ในเพศหญิง และร้อยละ 11.90 ในเพศชาย และเพิ่มสูงขึ้น 2.50 เท่าในเพศหญิง และ 1.70 เท่าในเพศชายเมื่ออายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งตรงกับหลายการศึกษาที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน (กัญญาบุตร, 2540; ประภาพร, 2545; พัทธภรณ์, 2544 ; วินธนา, 2546; Son et al., 2005) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสถานะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 64.30 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2548) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาของวินธนา (2546) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสและนับถือศาสนาพุทธ

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุไทย เห็นได้ว่า ร้อยละ 50.50 ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาหารเอง ผู้ที่ประกอบอาหารเป็นบุตรหลาน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสภาพสังคมชนบท ที่ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของครอบครัวขยาย มีพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย และบุตรหลาน อยู่ร่วมกัน มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเป็นระบบเครือญาติ สมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนม ที่มีความผูกพันกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน เป็นลักษณะสังคมไทยที่มีประเพณีนิยมให้บุตรทำหน้าที่เกื้อหนุนแก่บิดามารดา (สุพัตรา, 2542) สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออายุที่ยืนยาวเกิน 100 ปี ของผู้สูงอายุไทย (วันดี, 2544) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานเป็นครอบครัวขยาย บุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด คือ บุตรหลาน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุไทย : “อยู่ทน” หรือ “ทนอยู่” ของศิริวรรณ และ ปัทมา (2544) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุคือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่คือบุตรหลาน และคู่สมรส

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 55.80 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานของกรรณิกา (2547) ที่พบว่า ร้อยละ 72.11 ผู้ป่วยเบาหวานมีระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ในช่วง 1-5 ปี ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร และในช่วง 6

เดือนที่ผ่านมาอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 70-126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่งผลให้ 6 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 91.60 เมื่อดูค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ร้อยละ 65.30 อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อแบ่งค่าดัชนีมวลกายเป็น 3 ระดับ คือเหมาะสมยอมรับได้ และอ้วน พบว่า ในดัชนีมวลกายปกติจะรวมถึงมีน้ำหนักเกินแต่ยอมรับได้ ถึงร้อยละ 21.10 และเหมาะสมดีเพียง ร้อยละ 44.20 (ภาคผนวก ง ตาราง 11) กล่าวได้ว่าถึงแม้จะมีน้ำหนักตัวปกติแต่ก็ค่อนข้างอ้วนซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ที่มีรูปร่างอ้วน (สุรัตน์, 2545)

#### *พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน*

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.65$ ,  $SD = .42$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การเลือกชนิดอาหาร และการกำหนดปริมาณอาหารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.57$ ,  $SD = .47$ ) และ ( $\bar{X} = 2.75$ ,  $SD = .36$ ) ตามลำดับ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบและลักษณะนิสัยในการเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรค อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเป็นโรคนาน เฉลี่ย 7 ปี ทำให้มีประสบการณ์ในการควบคุมอาหาร และมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระดับดี (จิตตินันท์, 2541; วรรณิกา, 2547) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.70 เป็นเพศหญิง ซึ่งมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย จึงอาจทำให้เพศหญิงมีความกระตือรือร้นและสนใจดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมอาหารมากกว่าเพศชาย (สมพันธ์, 2540) ทำให้พฤติกรรมการควบคุมอาหารในการศึกษารั้งนี้ อยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยในรายด้าน ดังนี้

#### *การเลือกชนิดอาหาร*

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารด้านการเลือกชนิดอาหารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.57$ ,  $SD = .47$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ทำให้สามารถเลือกชนิดอาหารที่รับประทานอย่างเหมาะสม เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีการเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว ( $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = .30$ ) ทำให้ได้รับไขมันชนิดไม่อิ่มตัวซึ่งร่างกายต้องการ และกลุ่มตัวอย่างมีการหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้กวน เชื่อม หรือบรรจุกระป๋อง และมีการรับประทานผักที่ให้ใยอาหารสูง ได้แก่ ผักประเภทก้านและใบมากกว่าผักประเภทหัว ( $\bar{X} = 2.85$ ,  $SD = .36$ ) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานผักหรืออาหารที่มีเส้นใยอย่างไม่จำกัดจำนวนร่วมกับการจำกัดอาหารต้องห้าม พบว่ามีผลทำให้มีสุขภาพดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (จารุนันท์, 2541; Dalewitz, Khan & Hershey, 2000) กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารตรงเวลาหรือในเวลาใกล้เคียงกัน



( $\bar{X} = 2.81$ ,  $SD = .40$ ) การปฏิบัติดังกล่าวจะมีผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ เมื่อดูชนิดอาหารที่รับประทานพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานเนื้อปลามาก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ การรับประทานเนื้อปลาทำให้เคี้ยวได้ง่าย ย่อยง่าย และมีปริมาณโคเลสเตอรอลและไขมันน้อยกว่าเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ๆ (ศรีสมัยและวรรณิ, 2548) อย่างไรก็ตามแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารด้านการเลือกชนิดอาหาร อยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า การรับประทานข้าวกล้อง และธัญพืชชนิดต่าง ๆ มีการปฏิบัติในระดับต่ำ และมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 1.57$ ,  $SD = .72$ ) อาจเป็นเพราะข้าวกล้องมีราคาสูงกว่าข้าวขาว หรือผู้สูงอายุเกิดความเคยชินกับการรับประทานข้าวขาวทำให้รู้สึกว่าการรับประทานข้าวกล้องแข็ง และไม่อร่อย

#### การกำหนดปริมาณอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารด้านการกำหนดปริมาณอาหารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.75$ ,  $SD = .36$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองดีในการกำหนดปริมาณอาหารที่บริโภค เห็นได้จากการที่ กลุ่มตัวอย่าง มีการรับประทานข้าวมื้อละไม่เกิน 2-3 ทัพพี ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ( $\bar{X} = 2.96$ ,  $SD = .20$ ) รองลงมาคือ มีการรับประทานผักต้ม 4-6 ทัพพีต่อวัน หรือผักสด 8-12 ทัพพีต่อวัน ( $\bar{X} = 2.78$ ,  $SD = .41$ ) และดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ( $\bar{X} = 2.57$ ,  $SD = .58$ ) มีการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหารมื้อหลักมากกว่าวันละ 3 มื้อ ( $\bar{X} = 2.99$ ,  $SD = .10$ ) หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ( $\bar{X} = 2.96$ ,  $SD = .20$ ) และหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ( $\bar{X} = 2.89$ ,  $SD = .31$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่หากมีการดูแลตนเองดังกล่าวดี จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผล (วิมลรัตน์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน (วินธนา, 2546) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองหมวดความเหมาะสมในการบริโภคดีเกินร้อยละ 50 ดังนั้นการกำหนดปริมาณจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในผู้สูงอายุเบาหวานควรจะรับประทานข้าววันละไม่เกิน 9-11 ทัพพี รับประทานผักต้มเพื่อให้ได้ใยอาหารและลดการเกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร (สุรัตน์, 2548) ในส่วนของพฤติกรรมการควบคุมอาหารด้านการกำหนดปริมาณอาหารที่มีการปฏิบัติน้อย ได้แก่ การรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด วันละ 3-5 ส่วน ( $\bar{X} = 2.4$ ,  $SD = .51$ ) อาจเนื่องจากประเทศไทยมีผลไม้ตลอดทั้งปี และมีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนมากมีสวนผลไม้เป็นของตนเอง ทำให้จำกัดปริมาณ 3-5 ส่วนต่อวัน ได้ยาก

### การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.76$ ,  $SD = .36$ ) โดยมีการรับรู้รายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ตาราง 3) อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน 1- 5 ปี (ร้อยละ 55.80) ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษา ของจิตตินันท์ (2541) ที่พบว่าประสบการณ์การมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 64.20) อาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี รับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา (2544) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.23$ ,  $SD = .36$ ) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.21) ทำให้มีโอกาสได้รับข่าวสารต่าง ๆ เข้าใจกับสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ (2540) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่มีการศึกษา ซึ่งสามารถอภิปรายรายด้าน ได้ดังนี้

การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.63$ ,  $SD = .44$ ) อาจอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 70 ปี และมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 7 ปี แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ทำให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอาหาร มีการปรับการดูแลตนเองต่อปัญหาการควบคุมอาหารที่เกิดขึ้น (จตุรงค์, 2540) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงว่าถ้าไม่ควบคุมอาหารจะทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถ้าไม่ควบคุมอาหาร ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่บุคคลใด ๆ มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน บุคคลนั้น จะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น (Rosenstock, 1990 cited by Salzar, 1991)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.68$ ,  $SD = .38$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.20 มีภาวะแทรกซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างรวมกัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก ร้อยละ 42.10 คือมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า เกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้มีฮีโมโกลบินจับกับน้ำตาลสูงขึ้น ทำ

ให้การนำสัญญาณประสาทช้าลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการชาที่อวัยวะส่วนปลาย (จินตนาและนิตยา, 2548) รองลงมา ร้อยละ 27.40 มีความดันโลหิตสูง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่ จากการมีระดับไขมันในเลือดสูงและการสะสมสารซอร์บิทัล (sorbital) ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้ผู้สูงอายุเบาหวานมักมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดีอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุกู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนว่าหากปล่อยไว้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ มีโอกาสพิการ อัมพาต หรือตายจากภาวะแทรกซ้อนได้ถ้าไม่ควบคุมอาหารแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนสูง จะทำให้มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดี

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.92$ ,  $SD = .24$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกาย การควบคุมอาหารจะช่วยให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ซึ่งการรับรู้นี้จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพยายามที่จะเลือกกระทำในสิ่งที่มีประโยชน์ และมีการแสดงพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (Becker, 1974) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลใด ๆ จะแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพใดนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อในคุณค่า ประสิทธิภาพของพฤติกรรมที่ทำว่าสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และวิธีการนั้นเป็นวิธีที่ให้ประโยชน์แก่เขามากที่สุด ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารสูง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีด้วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษา ปรียาภรณ์ (2550) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูงมีผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = .23$ ,  $SD = .36$ ) อธิบายได้ว่าหากบุคคลมีการรับรู้ว่าการควบคุมอาหารสามารถลดความเสี่ยง และความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี การควบคุมอาหารมีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรับรู้ว่าการควบคุมอาหารมีอุปสรรคน้อย บุคคลจะมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร (Rosenstock, 1990 cited by Salazar, 1991) จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่าง รับรู้ว่าการที่จะเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม ต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน และ รับรู้ว่าการควบคุมอาหารไม่เป็นภาระ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง

สอดคล้องกับการศึกษา จตุรงค์ (2540) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ (ฉวีวรรณ, 2543; ครุณี, 2545; Kim, 2002, Ngo, 2003)

#### การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.49$ ,  $SD = .48$ ) โดยมีคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารรายด้านอยู่ในระดับสูง (ตาราง 4) อาจเป็นเพราะลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายขนาดเล็ก มีสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน และการเป็นชุมชนชนบท ทำให้มีความใกล้ชิดสนิทสนมช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ สอดคล้องกับการลักษณะของสังคมไทย ถือว่าครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุด มีความสัมพันธ์และความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดความผูกพัน ห่วงใย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (อุมาพร, 2544) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้รับการตอบสนองด้านการควบคุมอาหารที่ดี และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 70 ปี) (ตาราง 1) ซึ่งลักษณะของสังคมไทยมีค่านิยมในเรื่องความกตัญญูกับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้มีพระคุณและผู้สูงอายุ ที่บุตรหลานจะต้องให้การเคารพและคอยดูแล ช่วยเหลือให้มีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สุพัตรา, 2542) นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.16 มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ (ตาราง 1) แต่ก็จัดว่ามีฐานะอยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ จะมีกำลังปัจจัยที่จะจัดหาสิ่งของต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมอาหารได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเครือมาศและกนกวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถอภิปรายตามรายด้านได้ดังนี้

การสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.77$ ,  $SD = .41$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำเพชร (2543) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านสิ่งของอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของจากครอบครัว ในการจัดเตรียมน้ำดื่มที่สะอาดไว้ให้เพียงพอ ( $\bar{X} = 2.88$ ,  $SD = .32$ ) รองลงมาคือคนในครอบครัวจัดเตรียมอาหารที่มีความหลากหลายและปรับเปลี่ยนรายการอาหารให้ทำอยู่เสมอ ( $\bar{X} = 2.76$ ,  $SD = .43$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของโสภา (2541) ที่ศึกษาความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท พบว่าการรับรู้การดูแลด้านร่างกาย

เรื่องการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุร้อยละ 57.40-71.30 รับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การจัดเตรียมอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อทุกวัน การจัดหาเครื่องดื่มที่สะอาดให้เพียงพอับความต้องการในแต่ละวัน สอดคล้องกับการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนและการดูแลอยู่ในระดับดี โดยได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน อาหาร เสื้อผ้า และของใช้ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้รับรู้ว่าการสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับสูง

การสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.45, SD = .52$ ) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างการแสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ มีผลทำให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติในทิศทางที่เหมาะสม (เกศินี, 2550) และการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่เพียงพอจากครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีที่พึ่งพิงและรู้สึกปลอดภัย เกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งผลดีต่อสุขภาพ (Caplan, 1974) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงคือ ครอบครัวทำให้รู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ( $\bar{X} = 2.65, SD = .48$ ) รองลงมาคือ ครอบครัวคอยห่วงใย ดูแลเอาใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการควบคุมอาหาร ( $\bar{X} = 2.58, SD = .50$ ) และครอบครัวให้กำลังใจในการควบคุมอาหาร ( $\bar{X} = 2.58, SD = .50$ ) (ภาคผนวก ง ตาราง 10) อธิบายได้ว่าครอบครัวให้ความสำคัญด้านจิตใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณลักษณ์ (2549) เรื่องค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัยที่พบว่าผู้สูงอายุในต่างจังหวัดคาดหวังในระดับมากที่จะพึ่งพิงบุตรในยามแก่เฒ่าให้บุตรตามได้ทุกข์สุข ให้บุตรเชื่อฟังและเห็นคุณค่า ในข้อที่มีการสนับสนุนด้านอารมณ์ระดับปานกลางคือ ครอบครัวสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ( $\bar{X} = 2.29, SD = .46$ ) และครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดอาหารที่ต้องควบคุมในแต่ละมื้อ ( $\bar{X} = 2.16, SD = .66$ ) (ภาคผนวก ง ตาราง 10) อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว โดยเฉพาะด้านการหาอาหาร โดย ร้อยละ 50.50 ครอบครัวเป็นผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 1) และมีระยะเวลาการเป็นโรค 1-5 ปี (ตาราง 1) ย่อมต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในการควบคุมอาหาร ครอบครัวจึงไม่ได้มีการพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการจัดอาหาร มีผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ในกิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง

การสนับสนุนด้านการประเมินค่าอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.37, SD = .48$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ครอบครัวมีส่วนช่วยให้สามารถปรับการรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรคอยู่ใน

ระดับสูง ( $\bar{X} = 2.65$ ,  $SD = .48$ ) และครอบครัวมีการท้วงติงเมื่อท่านรับประทานอาหารไม่เหมาะสมในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.67$ ,  $SD = .47$ ) แต่เมื่อดูรายข้อพบว่าครอบครัวมีการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการควบคุมอาหาร และให้การยกย่องเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.29$ ,  $SD = .46$  และ  $\bar{X} = 1.87$ ,  $SD = .49$ ) ตามลำดับ อาจเป็นเพราะว่าครอบครัวคิดว่าการอยู่ร่วมกัน รับรู้เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุตลอด การถามควรจะลดน้อยลง และการที่ต้องทำงาน อาจทำให้ครอบครัวมีการพูดคุยกับผู้สูงอายุน้อยลง ไม่สามารถรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุได้ (เกษชญา, 2549) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนข้อดังกล่าวในระดับปานกลาง

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.33$ ,  $SD = .53$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี (2550) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้มีศักยภาพในการเรียนรู้และมีปัจจัยส่งเสริมให้มีการสื่อสาร พุดคุยกันในครอบครัว อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง เนื่องจากข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ที่ได้รับจากครอบครัวเป็นการบอกกล่าวหรือเตือนเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และคอยบอกกล่าวหรือเตือนให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการควบคุมอาหาร แต่กลุ่มตัวอย่างยังรู้สึกว่าคุณข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวยังไม่เพียงพอกับความต้องการ เพราะข้อมูลเหล่านั้นได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่อยู่แล้ว ประกอบกับการสนับสนุนในด้านอื่น ๆ พบว่าจะแนะนำการสนับสนุนข้อที่อยู่ในระดับปานกลางมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้ในการควบคุมอาหาร เช่นด้านอารมณ์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยคือ การพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการควบคุมอาหาร หรือด้านการประเมินค่าครอบครัวมีการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการควบคุมอาหาร ซึ่งอาจเป็นเพราะครอบครัวไม่แน่ใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องข้อมูลข่าวสารของอาหารเบาหวานจึงไม่ได้มีการพูดคุยกับผู้สูงอายุเรื่องปัญหาในการควบคุมอาหาร จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ ดี ส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา (เขาวเรศ, 2543) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ทั้งด้านดีและไม่ดีจะส่งผลถึงการปฏิบัติด้านสุขภาพ คือถ้าได้รับด้านดีมากจะมีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในด้านดี

### ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระดับต่ำ ( $r = 0.29, p < .01$ ) และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระดับปานกลาง ( $r = 0.61, p < .01$ ) (ภาคผนวก ตาราง 11) เมื่อนำเข้าสมการทำนายพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้ร้อยละ 39.70 ( $R^2 = .397, p < .01$ ) (ตาราง 6) โดยการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด คือ สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้ร้อยละ 58 ( $\beta = .58, p < .01$ ) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

#### การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร

การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.61, p < .01$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้มากที่สุด ( $\beta = .58, p < .01$ ) เนื่องจากตัวแปรการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ตามแนวคิดของ เฮาส์ (1981) มองว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับโดยตรงจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันที่บุคคลต้องเกี่ยวข้องกับอันดับแรก และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะเป็แรงผลักดันให้เกิดกำลังใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม อีกทั้ง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง และมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ต้องช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.49, SD = .48$ ) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะทำให้มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดี เช่น สมาชิกในครอบครัวจัดเตรียมน้ำดื่มที่สะอาดไว้ให้อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน สมาชิกในครอบครัวมีการจัดเตรียมอาหารที่หลากหลายและปรับเปลี่ยนรายการอาหารอยู่เสมอ และ สมาชิกในครอบครัวจัดอาหารที่มีเส้นใยสูงจำพวกผักหลากหลายชนิดให้รับประทาน สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดี ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะอาหารเฉพาะโรคเบาหวานมีรายละเอียดมาก ทั้งในด้านการเลือกชนิดอาหาร และการควบคุมปริมาณในการรับประทาน ทำให้

สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำกับกลุ่มตัวอย่างได้ไม่ชัดเจน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการรับยาอย่างต่อเนื่องทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเฉพาะ โรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ จึงทำให้รู้สึกว่าคุณสมบัติที่ได้รับจากครอบครัวยังไม่เพียงพอกับความ ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี (2550) ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมละครายด้านอยู่ในระดับสูง แต่ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาของกรณีศึกษา (2547) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน แต่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานของเกษชญา (2549) ที่พบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ยกเว้นด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่าที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

#### *การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร*

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม การควบคุมอาหาร ( $r = 0.29, p < .01$ ) และเป็นตัวทำนายพฤติกรรม การควบคุมอาหารในอันดับรองลงมา แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมอาหารในระดับสูงด้วย แต่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรม การควบคุมอาหารอาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง แต่การที่อยู่ในวัยพึ่งพา อยู่ภายใต้การดูแลของสมาชิกในครอบครัว ในเรื่องการประกอบอาหาร การจัดหาอาหาร รวมถึงการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ดูแลเอาใจ ทำให้พฤติกรรม การควบคุมอาหารขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากครอบครัว จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารมีผลต่อพฤติกรรม การควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า การสนับสนุนจากครอบครัว อย่างไรก็ตามการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อในประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมอาหาร เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถปฏิบัติได้ และเมื่อปฏิบัติแล้วก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง คือช่วยให้สามารถควบคุมอาหารได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ควบคุมอาหารได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ที่พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคและพฤติกรรม การป้องกันตนเอง (จตุรงค์, 2540; สุจิตรา, 2549; สุริวัลย์, 2547; ศิริพร, 2545) และการศึกษาของปริยาภรณ์ (2550) ที่ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร พบว่าการรับรู้ดังกล่าว



สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้ร้อยละ 10.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า สมมติฐานของการวิจัยได้รับการสนับสนุน กล่าวคือ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้ และมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 39.70 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 60.30 ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากตัวแปรอื่นที่อยู่นอกเหนือการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา เช่น อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (ศิริพร, 2545) เพศ การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (กรรณิกา, 2547) และตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารได้ ได้แก่ ประสิทธิภาพในการเป็นโรค แรงจูงใจในการปฏิบัติ และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เป็นต้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ระดับการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และระดับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน อำนาจในการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ในชุมชน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 95 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.65$ ,  $SD = .42$ ) การเลือกชนิดอาหารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.57$ ,  $SD = .47$ ) และการกำหนดปริมาณอาหารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.75$ ,  $SD = .36$ )
2. การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.76$ ,  $SD = .36$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารสูงสุด ( $\bar{X} = 2.79$ ,  $SD = .36$ ) รองลงมา การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี ( $\bar{X} = 2.68$ ,  $SD = .38$ ) และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ควบคุมอาหาร ( $\bar{X} = 2.63$ ,  $SD = .44$ ) สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = .23$ ,  $SD = .36$ )
3. การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.49$ ,  $SD = .48$ ) โดยมีการสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับสูงที่สุด ( $\bar{X} = 2.77$ ,  $SD = .41$ ) รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $\bar{X} = 2.45$ ,  $SD = .52$ ) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ( $\bar{X} = 2.37$ ,  $SD = .48$ ) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{X} = 2.33$ ,  $SD = .53$ )

4. การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้ร้อยละ 39.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### ข้อจำกัดของการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย มีข้อจำกัดของการวิจัยดังนี้

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ซึ่งใช้การอ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ มีข้อจำกัดบางประการเช่น ภาษาที่ใช้เป็นภาษาวิชาการทำให้ผู้สูงอายุไม่แน่ใจกับคำถาม ลักษณะคำถามของแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมอาหารมีการถามเป็นชนิดของอาหาร และปริมาณของอาหาร ซึ่งบททวนมาจากเอกสารวิชาการ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าใจการกะปริมาณอาหารในข้อคำถาม ซึ่งแต่ละท้องถิ่นก็จะมีคำเรียกแตกต่างกันไป เช่น ถามปริมาณผักเป็นช้อนโต๊ะ คำตอบที่ได้ อาจมีการคลาดเคลื่อนได้ขึ้นอยู่กับการประมาณของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานแต่ละราย

2. ข้อจำกัดของการใช้เครื่องมือวิจัยในผู้สูงอายุ ทำให้ต้องอ่านตามแบบสอบถาม และในบางกรณีต้องอธิบาย อาจมีผลต่อคำตอบในแต่ละราย ถ้าการอธิบายไม่เหมือนกัน

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อเป็นประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

##### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหาร โดยเน้นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารที่เหมาะสม แก่ญาติผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และสามารถให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

2. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหารได้ไม่ดี กับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสม่ำเสมอ และมีการประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น และข้อซักถาม เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้ เกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

3. ควรมีการแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานรับประทานข้าวกล้อง หรือธัญพืช ซึ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน มีใยอาหารมากกว่า ข้าวขัดขาว หรือถั่วเขียวที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว และควรส่งเสริมให้รับประทานผักและผลไม้ โดยเฉพาะผักใบเนื่องจากมีคาร์โบไฮเดรตต่ำให้พลังงานต่ำกว่าพวกข้าวและแป้ง แต่มีใยอาหารมากกว่า ควรรับประทานผักและผลไม้ทุกมื้อ ทุกวันและหลากหลายชนิดในหนึ่งวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้รับวิตามินและเกลือแร่ ที่จำเป็นต่อร่างกาย ทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ปกติ

#### *ด้านการวิจัยทางการแพทย์*

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอย่างไร และอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ อันจะนำไปสู่การจัดระบบการบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมอาหารที่มีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานต่อไป

2. ควรทำการศึกษาวิธีการสร้างแรงจูงใจในครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

### บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์.
- กรรณิกา ลองจ้านงค์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- กัญญาบุตร ศรีรินทร์. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรองจิต ชมสมุทร. (2535). *ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กาญจณี ชิตบุตร. (2549). *เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เกศชญา เพชรทอง. (2549). *การสนับสนุนทางสังคม: ความต้องการและการได้รับของผู้สูงอายุตอนกลางที่มีความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- เกศินี บัวชื่น. (2550). *การสนับสนุนของครอบครัวต่อความต้องการด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- เกรือมาศ ดนัยสวัสดิ์ และกนกวรรณ บุญอริยะ. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. รายงานการวิจัยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย และนิตยา ภาสุนันท์. (2548). ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการพยาบาลใน จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ) *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: อุกการพิมพ์.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จารุพันธ์ สมณะ. (2541). *การสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิตตินันท์ พงสุวรรณ. (2541). *ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิรพงศ์ อุกะโชค. (2543). *ผลการควบคุมเบาหวานต่อโรคแทรกซ้อน*. ในวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน* (หน้า 105-117). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี พับลิเคชัน.
- จิรนุช สมโชค. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จุฬารัตน์ สุวัชรชัยดิวงค์. (2546). *ความเชื่อทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในสตรีมุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- ฉวีวรรณ จิตต์สาคร. (2543). *การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ซัชลิศ รัตนสาร. (2541). *โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติ 3*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิดี พับลิเคชั่น.
- ชนิดา สุรจิตต์. (2543). *ความเชื่อทางค่านิยมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ดรุณี คลรัตนภัทร. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2540). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2544). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. ในรัชตะ รัชตะนาวิณและธิดา นิงสานนท์. (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จูนพับลิชชิง จำกัด.
- ธิดิ สันบุญญ และวิทยา ศรีดามา. (2545). *การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน*. ในวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 42-53)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ภัคค์จรูญ. (2548). *การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นิตยา ไกรวงศ์. (2536). *บริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- นิรันดร์ ดาน้อย. (2545). *ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ บ้านหัวฝาย ตำบล แม่หอพระ อำเภอ แม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญศรี นุกฤต, ปาลีรัตน์ พรทวีกันหาและคณะ. (2545). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: ยูทรินทร์การพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุปผา อินตะแก้ว. (2544). *ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประภาพร รินสินจ้อย. (2545). *การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ตำบลป่าจิว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาโภชนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประเทืองทิพย์ แก้วศรี. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร*. *วารสารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*, 5 (1), 44-53.
- ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2550). *อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารต่อการทำนายพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พัชราภรณ์ กิ่งแก้ว. (2544). *การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้*. *โรงพยาบาลเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2548). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.



- เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์. (2540). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ภาวนา กิระดิษฐ์วงศ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี เพรส จำกัด.
- มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี. (2542). *อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด: การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน*. ศุภวารรณ มโนสุนทร และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เขาวเรศ สมทรัพย์. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัชนิย์ ไกรยศรี. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- รุจิรา สัมมะสุต. (2543). *โภชนาการผู้สูงอายุ*. *ใกล้หมอ*, 24(6), 31-35.
- ถ้ำของ ทับทิมศรี. (2541). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์. (2540). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน : A grounded theory study*. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 1(1), 71-90.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2549). *ค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุ และพหุวัย*. โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- วันดี โภคะกุล. (2544). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออายุที่ยืนยาวเกิน 100 ปี ของผู้สูงอายุไทย*. *วารสารกรมการแพทย์*, 26 (7), 323-331.
- วัลลา ตันตโยทัยและอดิษฐ์ สงดี. (2540). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน*. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4* (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 241-266). กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง.

- วาสนา ชนะพลพัฒน์. (2548). *ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วิทยา ศรีดามา. (2541). การรักษาโรคเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิคิตี๊ พับลิเคชั่น.
- วินธนา คูศิริสิน. (2546). *การดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. สงขลา: โรงพิมพ์ชานเมือง.
- วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, ณัฐจาพร พิษฐ์ณรงค์ และ มูซิ่น ทะบีเรอทา. (2545). การควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วชิรเวชสาร*, 46(2), 125-133.
- วีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ. (2548). Dyslipidemia, Hypertension, and Vascular Diabetes: Anevidence-based approach. เอกสาร *การฝึกอบรมระยะสั้นเรื่อง การดูแลภาวะเบาหวาน ครั้งที่ 2*, วันที่ 21-25 มีนาคม พ.ศ. 2548, สาขาต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ภาควิชาอายุศาสตร์ คณะแพทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศักดิ์ชัย จันทอมรกุลและชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2546). ผลที่เท่าในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน *ตำราโรคเบาหวาน*. (หน้า 291-308). กรุงเทพมหานคร: สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย บรรณาธิการ คนที่ 1. อภิชาติ วิษณุวรรณ์, กอบชัย พัววิไล, วรณิ นิธิยานันท์, สาธิต วรรณแสง, โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์ (พิมพ์ครั้งที่ 1)
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. โภชนบำบัดสำหรับโรคเบาหวาน (เอกสารอัดสำเนา). กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ป.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2546). อาหารกับการควบคุมเบาหวาน. ในรัชตะ รัชตะนาวินและธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ), *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 131-155). กรุงเทพมหานคร: บริษัทจูนพับลิชชิ่งจำกัด.
- ศิริพร ปาระมะ. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา และการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ปัทมา อมรสิริสมบูรณ์. (2544). ผู้สูงอายุไทย: “อยู่ทน หรือ ทนอยู่”. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 2(4), 22-23.

- ศรีสมัย วิบูลยานนท์ และวรรณ นิธิยานันท์. (2548). อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในสุทิน ศรีอัยฎาพร และวรรณ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), *โรคเบาหวาน* (หน้า 685-699). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2546). อาหารกับการควบคุมเบาหวาน. ในรัชตะ รัชตะนาวิณและธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ), *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 131-155). กรุงเทพมหานคร: บริษัทจูนพับลิสซิ่งจำกัด.
- สมคิด สีหสิทธิ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุชะ และ ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2543) การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 27(2), 29-40.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์. (2540). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 166-175.
- สรวงสุดา เจริญวงศ์. (2544). *ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุจิตรา เหมวิเชียร. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนทร ตันทนันทและคณะ. (2541). การวิจัยกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อในฉัฐ ภูมิประวัตติ, ไกรสิทธิ ตันตีสรินทร์ และเขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม (บรรณาธิการ), *แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ: Strategic plan for health research*. (หน้า 147-152). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สุพัตรา สุภาพ. (2542). *สังคมและวัฒนธรรมไทยค่านิยม: ครอบครั้ว: ศาสนา: ประเพณี* (พิมพ์ครั้งที่ 10) กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุรัตน์ โคมินทร์(2545). การให้อาหารโภชนบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต. ในสุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาโรกระบบทางเดินหายใจในผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

- สุรัตน์ โคมินทร์(2548). โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในในสุทิน ศรีอัยญาพร และวรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), *โรคเบาหวาน* (หน้า 685-699). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุวิชา ชีรโรจนวงศ์. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุริวัลย์ สะอิดิ. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลนครยะลา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- โสภา หอยสังข์. (2541). *ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2551, จาก WWW. Google.go.th.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2548). *ผู้สูงอายุในสังคมไทย*. [เอกสารอิเล็กทรอนิกส์]. ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2549. จาก [http://service.nso.go.th/nso/g\\_news/info\\_elder.html](http://service.nso.go.th/nso/g_news/info_elder.html)
- อบเชย วงศ์ทอง. (2542). *โภชนศาสตร์ครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หจก. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- อภิชาติ วิชญานรัตน์. (2546). *จุดมุ่งหมายและหลักการดูแลรักษาโรคเบาหวาน*. ในอภิชาติ วิชญานรัตน์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคเบาหวาน* (หน้า57-73). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อภิรดี ศรีวิจิตรกมล และสุทิน ศรีอัยญาพร. (2548). *โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ*. ในสุทิน ศรีอัยญาพร และวรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), *โรคเบาหวาน* (หน้า 685-699). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.

- อารยา ตามภานนท์. (2542). ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐานในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อารีย์ ฟองเพชร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับ แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อินทราพร พรหมปราการ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทาง สังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานใน โรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัย ครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อรุณี ศรีนวล. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชากร กลุ่มเสี่ยงในอำเภอ เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหา บัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Albarran, N.B., Ballesteros, M.N., Morales, G.G., & Ortega, M.I. (2005). *Dietary behavior and type 2 diabetes care Patient Education and Counseling*, xxx,1-9.
- American Diabeted Association. (2001). Diabetes diet. Retrieved November 12,2007, from <http://www.diabetes.org>
- American Diabeted Association. (2002). Basic Diabetes Information. Retrieved November 12,2007, from <http://www.diabetes.org/main/application/commercewf?origin=navigation.jsp&event=link>.
- American Diabeted Association. (2007). Nutrition recommendations and interventions for diabetes. *Diabetes Care*, 30 (S1): S48-S65.
- Anderson, J., Kendall, P, & Perryman, S. (2006). Diet and diabetes. Retrieved April 20, 2007, from: <http://www.ext.colostate.edu/Pubs/foodnut/09334.html>
- Ausman, L. M., & Russell, R. M. (1999). Nutrition in the elderly. In M. E. Shils, J. A. Olson, M. Shike, & A. C. Ross (Eds.), *Modern Nutrition in Health and Disease* (9<sup>th</sup> ed., pp. 869-881). Baltimore: Wiliams & Wilkins

- Becker, M.H., Drachman, R.H., & Kirscht, J.P. (1974). A new approach to explaining sick role behavior in low income population. *American Journal of Public Health*, 64(3). 205-216.
- Becker, M.H., & Maiman, L.M. (1975). Sociobehavioral determinant of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Becker, M.H. et al. (1977). Select psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15. 27-46.
- ociobehavioral determinant of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associated Inc.
- Dalewitz, J., Khan, N., & Hershey, C.O. (2000). Barriers to control of blood glucose in Diabetes Mellitus. *American Journal of Medicine Qualtery*, 15(1), 16-25.
- Derek, L., et al (2000). *Diabetes Mellitus: A Fundamental and Clinical Text*. (2<sup>nd</sup> ed.). USA: A wolters kluwer company.
- Ekstrom, G., C. (2004). Perceived susceptibilities, benefits, and barriers to breast and cervical cancer screening of women in rural Alaska community. (University of Alaska Anchorage Research Report No. 1421620). Abstract retrieved April 10,2007, from Pro Quest database.
- Horwath ,C. (1998). Nutrition and aging. In J. Mann ,& A.S. Truswell (Eds.), *Essentials of Human Nutrition* (pp. 499-511). New York: Oxford University Press Inc.
- Kim, O. (2002). Use of theoretical framework to understand factors that influence participation in mammography screening among Korean women.(Taxas Woman's University Research Report No. 3059166). Abstract retrieved April 10,2007, from Pro Quest database.
- Ngo, H.H. (2003). The influence of the cultural beliefs, acculturation, and the Health Belief Model on breast self-examination practice among Chinese American women (Alliant International University, Los Angeles Research report No. 3060754). Abstract retrieved April 10,2007, from Pro Quest database.
- Pender, N., J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2<sup>nd</sup> ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

- Polit, D.F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Powers, M. (2003). American dietetic association guide to eating right when you have diabetes. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rosenthal, MJ., & Fajardo, M.(1998). Hospitalization and mortality of diabetes in older adults : a A 3-year prospective study. *Diabetes Care*, 231-235.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief modal. *The health belief modal and personal behavior*. Edited by Marshall H. Becker. Thorofare New Jersey: Charles B. Slack.
- Rosenstock, I.M. (1990). Model of individual health behavior. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer (eds.) *Health behavior and health education Theory, research and practice* (pp. 33-62). SanFrancisco: Jossey-Bass Publishers.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. (10<sup>th</sup> ed., Vol.2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Son, L.N, Hanh, T.T.M., Kusama, K., Kunii, D., Sakai, T., Hung, N.T.K., & Yamamoto, S. (2005). Anthropometric characteristics, dietary patterns and risk of type 2 diabetes mellitus in vietnam. *Journal of the American College of Nutrition*, 24 (4): 229-234.
- Temparo, C. D., & Lewis, M.A. (2005). *Disease of the human body*. (4<sup>th</sup> ed.). F.A. Davis Company.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
- Wcislo, C. D. ( 2004). Women's health beliefs and the decision regarding hormone replacement therapy (D' Youville Collage Research Report No. 1418932). Abstract retrieved April 10,2007, from Pro Quest database.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Fact sheet-diabetes*. Retrieved April 10, 2007, from [http:// www.who.int/hpr/ga/fs.diabetes.shtml](http://www.who.int/hpr/ga/fs.diabetes.shtml).
- Yannakoulia, M. (2006). Eating behavior among type 2 diabetic patients: A poorly recognized aspect in a poorly controlled disease. *Rev Diabetic Stud*, 3(1), 11-16.

ภาคผนวก



## ภาคผนวก ก

### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวกฤษณิศา ไพโรจน์ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ /ผู้ช่วยวิจัย. ....กำลังศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน และศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการให้บริการส่งเสริมการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ซึ่งจะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการทำวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

กฤษณิศา ไพโรจน์/ผู้ช่วยวิจัย

## ภาคผนวก ข

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ซึ่งจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร จำนวน 18 ข้อ

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ หรือเติมข้อความลงในช่องที่กำหนด

1. เพศ  (1) ชาย  (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
  - (1) โสด  (2) คู่
  - (3) หม้าย/หย่า/แยก
4. ศาสนา  (1) พุทธ  (2) คริสต์
  - (3) อิสลาม  (4) อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
  - (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ  (2) ประถมศึกษา
  - (3) มัธยมศึกษา  (4) ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
  - (5) ปริญญาตรี  (6) สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
  - (1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ  (2) เกษตรกร
  - (3) ค้าขาย  (4) รับจ้าง
  - (5) อื่น ๆ ระบุ.....
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
  - (1) ไม่มีรายได้  (2) <3,000 บาท/เดือน
  - (3) 3,001-6,000 บาท/เดือน  (4) 6,001-9,000 บาท/เดือน
  - (5) > 9,001 บาท/เดือน
9. ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย
  - (1) เพียงพอเหลือเก็บ  (2) เพียงพอไม่เหลือเก็บ
  - (3) ไม่เพียงพอ
10. บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย
  - (1) คู่สมรส  (2) บุตรหลาน
  - (3) คู่สมรสและบุตรหลาน  (4) ญาติ
  - (5) อื่น ๆ ระบุ.....

11. ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของท่าน

(1) ประกอบอาหารด้วยตนเอง

(2) ไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง (ระบุ).....

12. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน.....ปี

13. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารขณะที่มาตรวจครั้งล่าสุด.....มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

14. ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ของท่านเป็นอย่างไร

(1) น้อยกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

(2) มากกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

15. ท่านมีภาวะแทรกซ้อนต่อไปนี้หรือไม่

ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี (1)	มี (2)
ความดันโลหิตสูง		
มีอาการทางหัวใจ เช่น เหนื่อยง่าย, เจ็บหน้าอก		
มีอาการทางไต เช่น บวมตามตัว		
มีอาการทางตา เช่น ตามัวมองไม่ชัด ตาบอด ต้อกระจก		
มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า		
มีแผลเรื้อรัง		
ถูกตัดนิ้วมือ เท้า หรือขา		

16. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....ครั้ง (ไม่รวมการมาตรวจตามแพทย์นัด)

17. น้ำหนักตัวปัจจุบัน.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

18. ดัชนีมวลกาย.....Kg/m<sup>2</sup>

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุระบุพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ตรงกับสภาพที่แท้จริง แล้วผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ

- 0 หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติในข้อนั้นเลย  
 1 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นน้อยหรือปฏิบัติหลายๆ ครั้ง  
 2 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติข้อนั้นปานกลางหรือปฏิบัติบ่อยครั้ง  
 3 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติข้อนั้นมากหรือปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

พฤติกรรม	ไม่ เคยเลย (0)	นานๆ ครั้ง (1)	บ่อยครั้ง (2)	เป็นประจำ สม่ำเสมอ (3)
1. ท่านรับประทานข้าวกล้อง และธัญพืช ชนิดต่าง ๆ เช่น งา ถั่ว ต่างๆ				
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา หรือเต้าหู้ มากกว่า เนื้อสัตว์ประเภทอื่น เช่น หมู เนื้อ ไก่				
3. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน				
4. ใน 1 วันท่านรับประทานอาหารหลาก หลายและได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อสัตว์, ข้าว, ผัก, ผลไม้, ไขมัน				
5. ท่านดื่มน้ำอัลดลม, น้ำหวาน หรือเครื่องดื่ม บำรุงกำลัง เช่น เอ็มร้อย กระทิงแดง 1 แก้วต่อวัน				
6. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้กวน เชื่อม หรือบรรจุกระป๋อง				
7. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี รสเค็มหรือของหมักดอง				
8. ท่านรับประทานผักที่ให้ใยอาหารสูง ได้แก่ ผักประเภทก้านและใบมากกว่าผักประเภทหัว				

พฤติกรรม	ไม่ เคยเลย (0)	นานๆ ครั้ง (1)	บ่อยครั้ง (2)	เป็นประจำ สม่ำเสมอ (3)
<p>9. ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัดวันละ 3-5 ส่วน เช่น ฝรั่ง 1 ใน 4 ผลกลาง, ชมพู 2 ผล, ส้มเขียวหวาน 1 ผล, ส้มโอ 2 กลีบ</p> <p>10. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว</p> <p>11. ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ</p> <p>12. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซอสปรุงรส มากกว่า 1 ช้อนชา ขณะรับประทานอาหารทุกมื้อ</p> <p>13. ท่านรับประทานอาหารมื้อหลักมากกว่าวันละ 3 มื้อ</p> <p>14. ท่านรับประทานข้าวมื้อละ ไม่เกิน 2-3 ทัพพี</p> <p>15. ท่านรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน 1 เม็ด, ขนุนมากกว่า 2 เม็ด, มะม่วงสุกมากกว่า 1/2 ผล, เงาะมากกว่า 4 ผล</p> <p>16. ท่านดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว</p> <p>17. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง/วัน เหล้า, ยาองมากกว่า 30-45 มล./วัน (~1 แก้ว), ไวน์มากกว่า 100-120 มล./วัน (~3-4 แก้ว)</p> <p>18. ท่านรับประทานผักต้ม 4-6 ทัพพีต่อวัน หรือผักสด 8-12 ทัพพีต่อวัน</p> <p>19. ท่านรับประทานอาหารเช้าหรือขนมทุกครั้ง เมื่อรู้สึกหิว</p> <p>20. ท่านรับประทานอาหารเช้าตรงเวลาหรือในเวลาใกล้เคียงกัน</p>				

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยที่ผู้วิจัยอ่านคำถามแต่ละข้อ และให้ผู้สูงอายุตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	ไม่เห็นด้วย (0)	เห็นด้วยน้อย (1)	เห็นด้วยปานกลาง (2)	เห็นด้วยมาก (3)
<p>การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหาร ได้ไม่ดี</p> <p>1. ถ้าท่านไม่ควบคุมอาหาร จะทำให้ท่านมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>2. ท่านมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถ้าไม่ควบคุมอาหาร</p> <p>3. แม้จะมีการรับประทานอาหารตามใจชอบ โดยไม่ได้ควบคุมอาหาร ก็ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>4. ท่านอาจเป็นลมหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำได้ระหว่างที่ควบคุมอาหาร</p> <p>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมอาหาร ได้ไม่ดี</p> <p>5. การเป็นโรคเบาหวานและต้องควบคุมอาหารทำให้ชีวิตท่านไม่มีความสุข</p>				

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	ไม่เห็นด้วย (0)	เห็นด้วย น้อย (1)	เห็นด้วย ปานกลาง (2)	เห็นด้วย มาก (3)
<p>6. หากปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้อวัยวะต่างๆ เสื่อมหน้าที่ เช่น ไตวาย ตามัว</p> <p>7. ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างเช่น ชาปลายมือ ปลายเท้า ตามัว สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้ามีการควบคุมอาหารสม่ำเสมอร่วมด้วย</p> <p>8. ท่านมีโอกาสพิการ อัมพาต หรือตายจากภาวะแทรกซ้อนได้ ถ้าไม่ควบคุมอาหารสม่ำเสมอ</p> <p><i>การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร</i></p> <p>9. การควบคุมปริมาณ ความถี่ และการเลือกชนิดของอาหาร ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้</p> <p>10. การควบคุมอาหารในแต่ละวันไม่มีผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>11. การควบคุมอาหารที่ดี สม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้</p> <p>12. การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรืองดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งอาจทำให้เกิดอาการเหงื่อออก ใจสั่น หมดสติได้</p> <p><i>การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร</i></p> <p>13. การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง</p> <p>14. การที่ท่านต้องควบคุมอาหารไม่เป็นภาระสำหรับท่าน</p> <p>15. ท่านไม่มีความอดทนพอที่จะควบคุมอาหาร</p>				



การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	ไม่เห็น ด้วย (0)	เห็นด้วย น้อย (1)	เห็นด้วย ปานกลาง (2)	เห็นด้วย มาก (3)
16. การควบคุมอาหารของท่านเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว 17. การที่จะเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสมต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน 18. อาหารสำหรับคนเป็นเบาหวานขัดกับความเคยชินและความชอบของท่าน				

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากสมาชิกในครอบครัว มากน้อยเพียงใด โดยที่ผู้วิจัยอ่านคำถามแต่ละข้อและให้ผู้สูงอายุตอบข้อที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงมากที่สุด การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่จริง (0)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย
จริงน้อย (1)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อย
จริงปานกลาง (2)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
จริงมาก(3)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมาก

ข้อความ	ไม่จริง (0)	จริง น้อย (1)	จริง ปาน กลาง (2)	จริงมาก (3)
<p><i>การสนับสนุนด้านอารมณ์</i></p> <p>1. ท่านมีคนในครอบครัวที่ไว้ใจและสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้</p> <p>2. คนในครอบครัวคอยห่วงใย ดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการควบคุมอาหารของท่าน</p> <p>3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร</p> <p>4. คนในครอบครัวให้ท่านมีส่วนร่วมในการจัดอาหารที่ต้องควบคุมในแต่ละมื้อ</p> <p>5. คนในครอบครัวให้กำลังใจท่านในการควบคุมอาหาร</p>				

ข้อความ	ไม่จริง  (0)	จริง น้อย  (1)	จริง ปาน กลาง  (2)	จริงมาก   (3)
<p><i>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</i></p> <p>6. คนในครอบครัวคอยบอกกล่าวหรือเตือนเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง</p> <p>7. คนในครอบครัวไม่ได้ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับ การควบคุมอาหาร</p> <p>8. คนในครอบครัวคอยบอกกล่าวหรือเตือนให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการควบคุมอาหาร</p> <p>9. คนในครอบครัวให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารแก่ท่านอย่างเพียงพอ</p> <p><i>การสนับสนุนด้านสิ่งของ</i></p> <p>10. คนในครอบครัวจัดเตรียมอาหารที่มีความหลากหลายและปรับเปลี่ยนรายการอาหารให้ท่านอยู่เสมอ</p> <p>11. คนในครอบครัวจัดเตรียมน้ำดื่มที่สะอาดไว้ให้อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน</p> <p>12. คนในครอบครัวช่วยท่านในการจัดเตรียม/จัดซื้ออาหารเพื่อช่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร</p> <p>13. คนในครอบครัวจัดอาหารรสหวาน/ผลไม้รสหวานจัดให้ท่านรับประทาน</p> <p>14. คนในครอบครัวจัดอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูงจำพวกผักหลากหลายชนิดให้ท่านรับประทาน</p>				

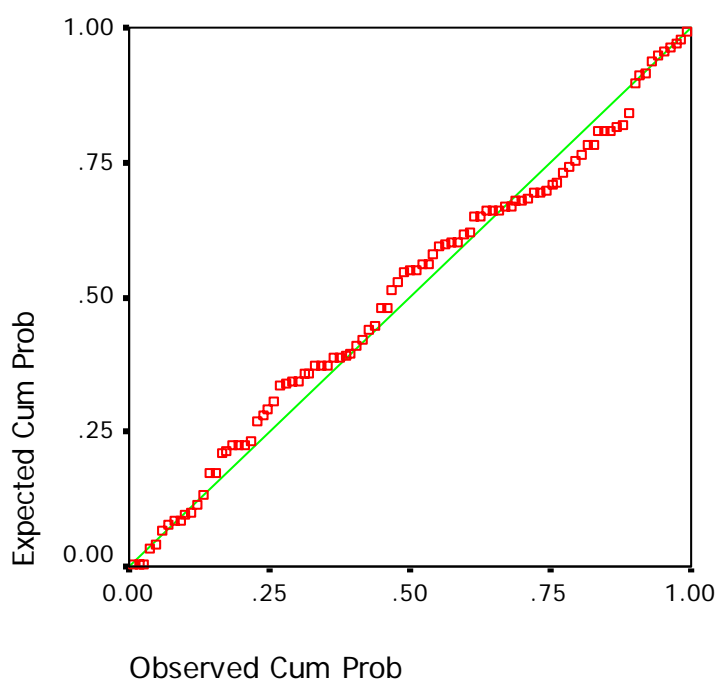
ข้อความ	ไม่จริง  (0)	จริง น้อย  (1)	จริง ปาน กลาง  (2)	จริงมาก   (3)
<p><i>การสนับสนุนด้านการประเมินค่า</i></p> <p>15. คนในครอบครัวให้การยกย่องเมื่อท่านปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ได้ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>16. คนในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านปรับการ รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรค</p> <p>17. คนในครอบครัวมีการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาใน การควบคุมอาหาร</p> <p>18. คนในครอบครัวไม่เคยท้วงติงเมื่อท่าน รับประทานอาหารไม่เหมาะสม หรือไม่ควบคุม</p>				

## ภาคผนวก ค

## ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ

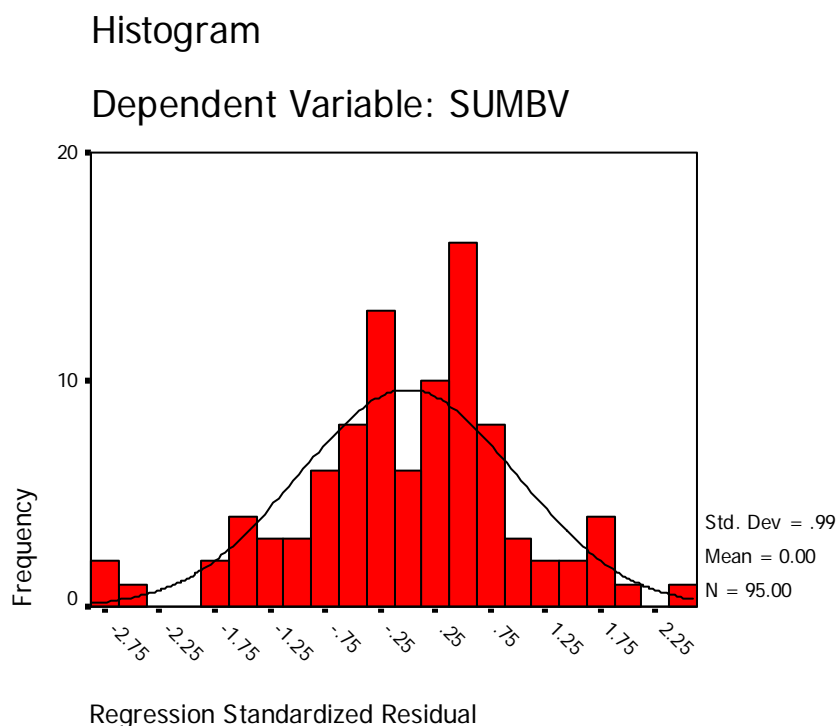
1. ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

Normal P-P Plot of Regression Standardi  
Dependent Variable: SUMBV



2. ทดสอบข้อมูลของตัวแปรตาม (y) บนทุกค่าของตัวแปรอิสระ (x) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

กราฟแสดงการกระจายโค้งปกติ และฮิสโตแกรม



ทดสอบการแจกแจงแบบปกติโดยวิธี Kolmogorov Test

	Kolmogorov-Smirnov Statistic	df	Sig.
Dietary Control Behaviors (BV)	0.089	95	0.060
Perceived Dietary Control (PER)	0.090	95	0.055
Family Support (FSUP)	0.088	95	0.067

สมมติฐานการทดสอบ

HO : ความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

H1 : ความคลาดเคลื่อนไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการทดสอบ  $p > .05$  ขอมรับสมมติฐานหลัก หมายถึง ความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

3.ทดสอบความเป็นอิสระจากกันของค่าความคลาดเคลื่อน ต้องไม่มี Autocorrelation โดยใช้ค่า

Durbin-Watson มีเกณฑ์ระหว่าง 1.5-2.5

**Model Summary(c)**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.608(a)	.369	.363	2.17357	
2	.640(b)	.410	.397	2.11470	1.537

a Predictors: (Constant), SUPFSUP

b Predictors: (Constant), SUPFSUP, SUMPER

c Dependent Variable: SUMBV

จากการทดสอบได้ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.53 สรุปได้ว่าความคลาดเคลื่อนไม่มี

Autocorrelation

4. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) ทดสอบโดยใช้เมตริกซ์สหสัมพันธ์ พบว่าไม่มีค่า  $r$  เกิน .65 (ตาราง 9) และทดสอบโดยใช้ค่า Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) ดังตาราง 13

ตาราง 13

ค่า Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) ที่ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระ (multicollinearity)

ตัวทำนาย	Tolerance	VIF
การรับรู้การควบคุมอาหาร	0.976	1.024
การสนับสนุนจากครอบครัว	1.00	1.00

ภาคผนวก ง  
ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ 3 อันดับสูงสุดแต่ละด้าน (N=95)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<i>การเลือกชนิดอาหาร</i>			
1. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว	2.89	.30	สูง
2. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้กวน เชื่อม หรือบรรจุกระป๋อง	2.85	.36	สูง
3. ท่านรับประทานผักที่ให้ใยอาหารสูง ได้แก่ผักประเภทใบและก้านมากกว่าผักประเภทหัว	2.85	.36	สูง
4. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาหรือในเวลาใกล้เคียงกัน	2.81	.40	สูง
.			
.			
.			
.			
.			
<i>การกำหนดปริมาณอาหาร</i>			
1. ท่านรับประทานข้าวมี้อละไม่เกิน 2-3 ทัพพี	2.96	.20	สูง
2. ท่านรับประทานผักต้ม 4-6 ทัพพีต่อวัน หรือผักสด 8-12 ทัพพีต่อวัน	2.78	.41	สูง
3. ท่านดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	2.57	.58	สูง
.			
.			
.			
.			
.			



## ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติจำแนกเป็นรายด้านและรายชื่อ 3 อันดับต่ำสุดของแต่ละด้าน (N =95)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<i>การเลือกชนิดอาหาร</i>			
1. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน	2.66	.48	สูง
2. ท่านรับประทานอาหารหรือขนมทุกครั้งเมื่อรู้สึกหิว	2.58	.54	สูง
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ (ร้อยละ 36.80)	2.36	.50	สูง
.			
.			
.			
.			
.			
<i>การกำหนดปริมาณอาหาร</i>			
1. ท่านรับประทานอาหารมื้อหลักมากกว่าวันละ 3 มื้อ	2.99	.10	สูง
2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง/วัน เหล้า, ยาดองมากกว่า 30-45 มล./วัน (~1 แก้ว), ไวน์ มากกว่า 100-120 มล./วัน (~3-4 แก้ว)	2.96	.20	สูง
3. ท่านรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน 1 เม็ด, ขนุนมากกว่า 2 เม็ด, มะม่วงสุกมากกว่า 1/2 ผล, เงาะมากกว่า 4 ผล	2.89	.31	สูง
.			
.			
.			
.			
.			

## ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (N=95)

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<i>การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ฯ</i>			
1. ถ้าท่านไม่ควบคุมอาหาร จะทำให้ท่านมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	2.87	.33	สูง
2. ท่านมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถ้าไม่ควบคุมอาหาร	2.87	.33	สูง
3. แม้จะมีการรับประทานอาหารตามใจชอบโดยไม่ได้ควบคุมอาหารก็ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน	2.87	.33	สูง
4. ท่านอาจเป็นลมหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำได้ระหว่างที่ควบคุมอาหาร	1.92	.77	ปานกลาง
<i>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ฯ</i>			
5. การเป็นโรคเบาหวานและต้องควบคุมอาหารทำให้ชีวิตท่านไม่มีความสุข	2.66	.50	สูง
6. หากปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ เช่น ไตวาย ตามัว	2.99	.10	สูง
7. ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างเช่น ชาปลายมือปลายเท้า ตามัว สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้ามีการควบคุมอาหารสม่ำเสมอด้วย	2.21	.60	ปานกลาง
8. ท่านมีโอกาสพิการ อัมพาต หรือตายจากภาวะแทรกซ้อนได้ ถ้าไม่ควบคุมอาหารสม่ำเสมอ	2.86	.35	สูง
<i>การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร</i>			
9. การควบคุมปริมาณ ความถี่ และการเลือกชนิดของอาหาร ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	2.91	.29	สูง
10. การควบคุมอาหารในแต่ละวันไม่มีผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	2.89	.31	สูง
11. การควบคุมอาหารที่ดี สม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้	3.00	.00	สูง
12. การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรืองดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งอาจทำให้เกิดอาการเหงื่อออก ใจสั่น หมดสติได้	2.87	.36	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<i>การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหาร</i>			
13. การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง	.34	.50	ต่ำ
14. การที่ท่านต้องควบคุมอาหารไม่เป็นภาระสำหรับท่าน	.50	.21	ต่ำ
15. ท่านไม่มีความอดทนพอที่จะควบคุมอาหาร	.38	.08	ต่ำ
16. การควบคุมอาหารของท่านเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว	.38	.08	ต่ำ
17. การที่จะเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสมต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน	.36	.07	ต่ำ
18. อาหารสำหรับคนเป็นเบาหวานขัดกับความเคยชินและความชอบของท่าน	.62	.46	ต่ำ

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน และระดับการสนับสนุนจากครอบครัวจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (N=95)

การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<i>การสนับสนุนด้านอารมณ์</i>			
1. ท่านมีคนในครอบครัวที่ไว้ใจและสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้	2.29	.46	ปานกลาง
2. คนในครอบครัวคอยห่วงใย ดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการรับประทาน อาหารและการควบคุมอาหารของท่าน	2.58	.50	สูง
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	2.65	.48	สูง
4. คนในครอบครัวให้ท่านมีส่วนร่วมในการจัดอาหารที่ต้องควบคุมในแต่ละมื้อ	2.16	.66	ปานกลาง
5. คนในครอบครัวให้กำลังใจท่านในการควบคุมอาหาร	2.58	.50	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<i>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</i>			
6. คนในครอบครัวคอยบอกกล่าวหรือเตือนเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	2.65	.48	สูง
7. คนในครอบครัวไม่ได้ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	2.38	.49	สูง
8. คนในครอบครัวคอยบอกกล่าวหรือเตือนให้ปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการควบคุมอาหาร	2.42	.50	สูง
9. คนในครอบครัวให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารแก่ท่านอย่างเพียงพอ	1.87	.67	ปานกลาง
<i>การสนับสนุนด้านสิ่งของ</i>			
10. คนในครอบครัวจัดเตรียมอาหารที่มีความหลากหลายและปรับเปลี่ยนรายการอาหารให้ท่านอยู่เสมอ	2.76	.43	สูง
11. คนในครอบครัวจัดเตรียมน้ำดื่มที่สะอาดไว้ให้อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน	2.88	.32	สูง
12. คนในครอบครัวช่วยท่านในการจัดเตรียม/จัดซื้ออาหารเพื่อช่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	2.67	.47	สูง
13. คนในครอบครัวจัดอาหารรสหวาน/ผลไม้รสหวานจัดให้ท่านรับประทาน	2.80	.40	สูง
14. คนในครอบครัวจัดอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูงจำพวกผักหลากหลายชนิดให้ท่านรับประทาน	2.74	.44	สูง
<i>การสนับสนุนด้านการประเมินค่า</i>			
15. คนในครอบครัวให้การยกย่องเมื่อท่านปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม	1.87	.49	ปานกลาง
16. คนในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรค	2.65	.48	สูง
17. คนในครอบครัวมีการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการควบคุมอาหาร	2.29	.46	ปานกลาง
18. คนในครอบครัวไม่เคยท้วงติงเมื่อท่านรับประทานอาหารไม่เหมาะสม หรือไม่ควบคุมอาหาร	2.67	.47	สูง

ตาราง 11

## ค่าดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย		
เหมาะสมดี	42	44.2
ยอมรับได้ (น้ำหนักเกิน)	20	21.1
สูงเกิน (อ้วน)	33	34.7

ตาราง 12

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร กับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน (N=95)

ตัวแปร	1	2	3
1.พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	1.00		
2.การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร	0.292**	1.00	
3.การสนับสนุนจากครอบครัว	0.608**	0.154	1.00

\*\*p< 0.01

## ภาคผนวก จ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สุภมัย สุนทรพันธ์  
สังกัดภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลา ตันตโยทัย  
คณบดี สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี กงอินทร์  
สังกัดภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์  
สังกัดภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. คุณกัจจिरา เบญญาปัญญา  
หัวหน้างาน โภชนาการ  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวกฤษณิศา ไพโรจน์	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	4910420021	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี	2543

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลกระบี่ อำเภอกะบี่ จังหวัดระนอง