



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรม
การควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

The Effect of Implementing Clinical Nursing Practice Guideline for Dietary Control
on Dietary Control Behavior and Blood Sugar Level
in Muslim Patients With Uncontrolled Diabetes

ฮามีดะ แวและ

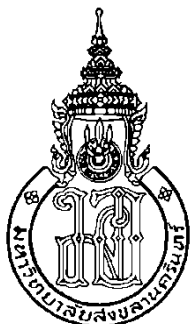
Hamedah Vaelaeh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (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

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรม
การควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

The Effect of Implementing Clinical Nursing Practice Guideline for Dietary Control
on Dietary Control Behavior and Blood Sugar Level
in Muslim Patients With Uncontrolled Diabetes

ฮามี๊ะ แวและ

Hamedah Vaelaeh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (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

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้เขียน นางสาวฮามี๊ะ แวะและ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)
กรรมการ (ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

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

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวฮามีดี๊ะ แวและ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวฮามี๊ะ แวและ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ผู้เขียน	นางสาวฮามี๊ะ แวและ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลนครราชสีมาครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร การศึกษานี้ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร (2) คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ (3) แผนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมการควบคุมอาหาร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ (2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ผลการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ (3) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยทำการประเมินก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและประเมินผลของ โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร โดยใช้สถิติทีคู่ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการ

ควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้น จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

Thesis Title	The Effect of Implementing Clinical Nursing Practice Guideline for Dietary Control on Dietary Control Behavior and Blood Sugar Level in Muslim Patients With Uncontrolled Diabetes
Author	Miss Hamedah Vaelaeh
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2016

ABSTRACT

This was a quasi-experimental study with a pre-post test two group design. The objectives of this study were to evaluate the effect of implementing a clinical nursing practice guideline for dietary control on dietary control behavior and blood sugar level in Muslim patients with uncontrolled diabetes.

The study was conducted at Naradhiwasrajanagarindra hospital. 60 Muslim patients who could not control their blood sugar were recruited. The control group (n = 30) received usual nursing care, and the experimental group (n = 30) received the clinical nursing practice guideline for dietary control. The duration of this study was 8 weeks. The materials and methods of this study were: (1) Clinical nursing practice guideline for dietary control (2) Booklet to promote dietary control for Muslim patients with uncontrolled blood sugar, and (3) Education plan to promote dietary control. Data collection tools were: (1) Demographic and Health Data Collection Form, (2) Dietary Control Behavior Questionnaire and (3) Blood Sugar Measurement Tool. The reliability of the Dietary Control Behavior Questionnaire was verified by a Cronbach's alpha coefficient of 0.80. The demographic and health data were analyzed by descriptive statistics and Chi-square. Mean score of the dietary control behavior and the blood sugar level before and after implementing the clinical nursing practice guideline for dietary control were compared by

using Paired t test, and the experimental group and the control group were compared by using Independent t-test.

The study results were as follows:

1. Mean score of dietary control behavior in the experimental group after receiving the clinical nursing practice guideline for dietary control was significantly higher than before ($p < .001$)

2. Mean score of dietary control behavior in the experimental group after receiving the clinical nursing practice guideline for dietary control was statistically higher than those in the control group ($p < .001$)

3. Mean score of blood sugar level in the experimental group after receiving the clinical nursing practice guideline for dietary control was significantly lower than before ($p < .001$)

4. Mean score of blood sugar level in the experimental group after receiving the clinical nursing practice guideline for dietary control was statistically lower than those in the control group ($p < .001$)

The findings of this study indicated that implementing the clinical nursing practice guideline for dietary control could improve dietary control behavior and reduce blood sugar level in Muslim patients with uncontrolled diabetes.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงและการช่วยเหลือที่ดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส วัฒนวงศ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้แนวคิด ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง และยังคงคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าและให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยให้คำแนะนำและให้กำลังใจเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านในการให้ความช่วยเหลือระหว่างการศึกษา เพื่อให้การศึกษาในครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่น

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ มารดา พี่สาวและน้องสาวที่ให้กำลังใจและสนับสนุน ด้านการศึกษามาตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าทุกท่านที่ได้เอยนามและผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกท่าน

ฮามี๊ะ แวะและ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน.....	13
ความหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน.....	13
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเบาหวาน.....	13
ผลกระทบของการไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้	16
ด้านร่างกาย.....	16
ด้านจิตใจ.....	17
ด้านสังคม.....	17
ด้านจิตวิญญาณ.....	17
หลักการควบคุมโรคเบาหวาน.....	18

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
หลักการจัดอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน	19
พฤติกรรมกรดูแลตนเองตามทฤษฎีของ โอเร็ม.....	24
แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.....	26
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรควบคุมอาหารในผู้ป่วย เบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.....	31
ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรควบคุม อาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.....	34
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	57
ผลการวิจัย.....	57
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	79
เอกสารอ้างอิง.....	81

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	89
ก ตัวอย่างแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.....	90
ข แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน มุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.....	91
ค การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถ ในการควบคุมอาหาร โดยใช้แบบประเมินอะกรี 2 (AGREE II, 2009).....	92
ง. การคำนวณหาค่า Effect size.....	96
จ. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล.....	97
ฉ. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย.....	104
ช. ไบพิทกัสนิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	119
ซ. ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	121
ฌ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	129
ประวัติผู้เขียน.....	130

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)	50
2	เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละและความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) (N = 60)	59
3	เปรียบเทียบจำนวนร้อยละและความแตกต่างข้อมูลบริ โภคนิสัยของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) (N = 60).....	63
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายด้านและ โดยรวมของ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อน การทดลองและหลังการทดลอง (N = 60).....	66
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของระดับ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ในระยะก่อนการทดลองและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60).....	68
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของระดับ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (N = 60).....	70
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดในระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม (N = 60).....	70
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของระดับ น้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการ ทดลอง (N = 60).....	72
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60).....	121

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
10	เปรียบเทียบข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงที่สุด 5 อันดับแรก และต่ำที่สุด 5 อันดับแรกของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 30)..	126
11	เปรียบเทียบข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงที่สุด 5 อันดับแรก และต่ำที่สุด 5 อันดับแรกของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 30)	127

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	55
3	กราฟเส้นเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60).....	69
4	กราฟเส้นเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60).....	71

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก โดยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2552 มีจำนวน 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 415 ล้านคน ในปี 2558 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคนต่อปี (American Diabetes Association [ADA], 2017; IDF, 2015) ในประเทศไทยจากการสำรวจของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2555) พบว่าประชากรไทยมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นกัน พบผู้ป่วยเบาหวานแล้วกว่า 3.5 ล้านคน โดยจากการสำรวจพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเกือบร้อยละ 70 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับจังหวัดนราธิวาสซึ่งประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 83 เป็นมุสลิม โดยจากการเก็บข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (2556 - 2558) พบว่าชาวมุสลิมป่วยด้วยโรคเบาหวานคิดเป็น 70.20, 76.67, และ 80.10 ต่อแสนประชากร จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากถึงร้อยละ 68 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (เวชสถิติ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, 2558)

โดยที่ผู้ที่ควบคุมโรคไม่ได้หมายถึงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแล้วยังตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หรือฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์ (ADA, 2012; ADA, 2017) ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ระบบประสาทและแผลเรื้อรังบริเวณเท้า (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งเป็นสาเหตุของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของคนไทยอีกด้วย

สาเหตุและปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีบริโภคนิสัยที่เคยชินกับการรับประทานอาหารพื้นบ้านที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เช่น ชานม โรตีสุนัข ขนมปัง อินทผาลัม ผลไม้เชื่อม และชอบ

รับประทานอาหารที่มีกะทิและไขมันเป็นส่วนผสม เช่น ข้าวมัน นาฬิกาแม และกรณีมีงานบุญหรืองานเลี้ยงในสังคมมุสลิม มุสลิมทุกคนจะไปร่วมงานเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีวัฒนธรรมว่ามุสลิมทุกคนเป็นเครือญาติกันต้องช่วยเหลือกัน โดยอาหารในงานเลี้ยงส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีลักษณะหวานและมัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นในสังคมมาเป็นเวลานาน จึงทำให้บุคคลเกิดการซึมซับพฤติกรรมนี้จนกลายเป็นทัศนคติและความเชื่อที่ฝังลึกในตัวบุคคล นอกจากนี้ชาวมุสลิมยังมีความเชื่อว่าการได้รับประทานอาหารหวานมัน ถือว่าเป็นการได้รับประทานอาหารเกียรติยศ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมซึ่งมีทัศนคติและความเชื่อดังกล่าว และสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมเป็นอย่างมาก ทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ (อนันตชัย, 2551) ซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้จะเป็อุปสรรคต่อการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในปัจจุบันได้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาจัดทำโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (รสสุคนธ์, 2555) โดยการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและให้การพยาบาลแบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและคู่มือการเลือกรับประทานอาหารไว้ทบทวนที่บ้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นและค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดลดลง โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ศิริลักษณ์, ทิพมาส, และเพลินพิศ, 2558) โดยการจัดการตนเองทั้ง 3 ขั้นตอนได้แก่ การติดตามตนเอง การเสริมแรงตนเองและการประเมินตนเองพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี (อรธิรา, สุนทรีย์, และกมลอินทร์, 2558) โดยโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยแผนกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการได้แก่ (1) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำด้วยตนเอง (2) การได้รับประสบการณ์ (3) การเสริมแรง และ (4) การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์รวมทั้งมีการส่งเสริมสมรรถนะโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน และกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการบริโภคอาหารในผู้เป็น

เบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารค่าน้ำตาลสะสม และดัชนีมวลกาย (รุ่มเกล้า, 2556) โดยโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 3, 9 และ 12 โทรศัพทติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5 และ 11 กิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย (1) การประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และเตรียมความพร้อม (2) การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และให้แรงเสริม (3) การทบทวนการปฏิบัติการจัดการตนเองและการให้แรงเสริม และ (4) การสรุปการเรียนรู้พบว่า ค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นและมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของค่าน้ำตาลสะสมและดัชนีมวลกายลดลง โปรแกรมการควบคุมอาหารเพื่อการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของจวีวรรณ (2552) โดยโปรแกรมการควบคุมอาหารใช้เวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ 1 ถึง 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร สัปดาห์ 4, 6, 8 และ 10 ติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารสูงขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งพบว่า ทั้งหมดล้วนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรควบคุมอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น

แนวปฏิบัติดังกล่าวส่วนใหญ่พบว่า ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ไม่ได้เจาะจงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมจำเป็นต้องมีความเฉพาะเจาะจงในการดูแลและจากการทบทวนวรรณกรรมในหลายการศึกษา ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาของกาญจนา (2554) มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่จะนำมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารดังกล่าวมีจุดเด่นคือ (1) มีรูปแบบและขั้นตอนที่ชัดเจน (2) มีการประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมกรควบคุมอาหารและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งได้แก่ (2.1) ประเมินภาวะโภชนาการ โดยคำนวณค่าน้ำตาลสะสม (2.2) ประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมกรบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (2.3) ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและแนวทางในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย (2.4) สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และการตั้งต้นลงมือปฏิบัติทันที (2.5) ตั้งเป้าหมายการควบคุมอาหารร่วมกันระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และครอบครัว เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาอยู่ในระดับปกติ (3) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และแก้ปัญหาร่วมกัน โดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) มาใช้ (4) การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผล อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติดังกล่าวยังมีข้อที่ควรพัฒนา คือ ไม่ได้กำหนดระยะเวลาและรายละเอียดที่ชัดเจนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น ไม่ได้กำหนดระยะเวลาในแต่ละระยะที่ชัดเจน มีเพียงระยะเวลาของการเข้าร่วมกิจกรรม การติดตามประเมินผลในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน คือ ทุก 6 เดือน เยี่ยมบ้านเมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม และเป็นแนว

ปฏิบัติที่เพิ่งเริ่มพัฒนา ยังไม่มีการนำไปทดสอบผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมอาหารกับผู้ป่วยมุสลิม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของกาญจนา (2554) ให้มีความชัดเจนขึ้นโดยเพิ่มเติมความสมบูรณ์ใน 3 ด้าน คือ (1) จัดโปรแกรมเป็น 8 สัปดาห์ โดยประยุกต์ช่วงเวลาและแนวทางการดำเนินกิจกรรมของสุกาญจน์, มลีนี, ทรายดล, และทัศนีย์ (2558) (2) การกำหนดระยะเวลาในแต่ละระยะที่ชัดเจน โดยเฉพาะระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติควรใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 20 นาที ใช้การสนทนาที่เป็นกันเองและเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ คั่นเคยและเปิดใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์, อโนทัย, ศศิธร และคณะ (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ที่ใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจกระตุ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และ (3) การติดตามประเมินผลในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมเป็นระยะเวลาทุก 1 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 2 มีการเยี่ยมบ้านทันที เพื่อติดตามต่อเนื่องในเรื่องการนำความรู้ที่ได้ลงสู่การปฏิบัติทันทีหรือไม่ ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จคืออะไร พร้อมสาธิตการแลกเปลี่ยนอาหารจริง โดยประยุกต์จากแนวทางการศึกษาของแสงทอง, ณีฎฐิรา, และวันทนา (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม สุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันเลือดลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีขึ้น และการศึกษาของรังสีมา (2558) ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ที่มีการประเมินผลพฤติกรรมดูแลตนเองด้วยการเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่องและกระตุ้นทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดลดลง

ผู้วิจัยเพิ่มเติมการเตือนตนเองด้วยการบันทึกอาหารตามโซนสีในแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์

เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภотаมะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลใน ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันและบุคลากรด้านสาธารณสุข มีพฤติกรรม การดูแลตนเองดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องต่อไป สำหรับการ ตั้งเป้าหมายการควบคุมอาหารร่วมกันระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และครอบครัวนั้น ผู้วิจัยได้สอดแทรก โดยการนำหลักการสอนด้านศาสนามาเป็นเครื่องเตือนใจ ส่วนการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ระดับน้ำตาล ลดลงมาอยู่ในระดับปกตินั้นแก้ไขโดยการยืดหยุ่นมากขึ้นคือ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายเพื่อให้ระดับ น้ำตาลลดลงจากเดิมอย่างต่อเนื่อง เพิ่มเติมตัวอย่างรายการอาหารในช่วงถือศีลอดในคู่มือการส่งเสริม พฤติกรรมการควบคุมอาหาร เพื่อลดความเครียดในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมและ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจโดยการบันทึกเป็นกราฟเส้นให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงระดับน้ำตาลในเลือดลงในสมุด บันทึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง และภาพที่ใช้ มีสีสันสดใส สะดุดตา และใช้สีสันในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น อัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง อันจะส่งผลให้ มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น สูเป้าหมายในการควบคุมโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริม การควบคุมอาหารกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารหรือไม่

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารมีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารหรือไม่

3. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารหรือไม่

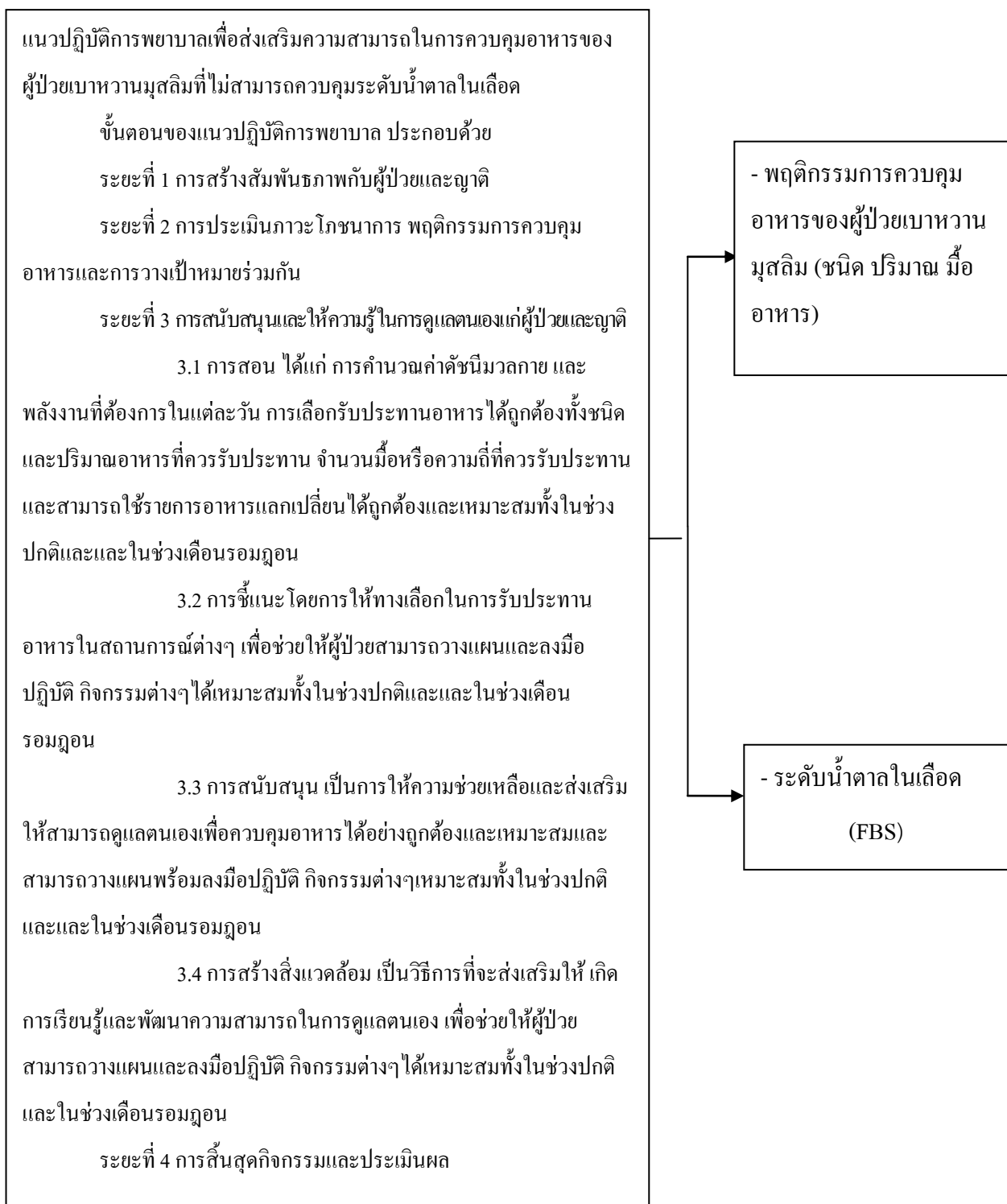
4. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารหรือไม่

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลกรณำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปใช้ของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ระยะที่ 2 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยได้เลือกในระยะที่ 2 คือ ระยะการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ และระยะที่ 3 คือ ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ทำ

การตรวจสอบประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยประเมินได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ได้ปรับปรุงมาจากแนวปฏิบัติของกาญจนา (2554) ที่มีค่าคะแนนประเมินคุณภาพโดยใช้แบบประเมินอะกรี 2 (AGREE II, 2009) ได้ค่าคะแนนร้อยละ 81.88

แนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวประกอบด้วย 4 ระยะ คือ (1) ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ (2) ระยะที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน (3) ระยะที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย (3.1) การสอน ได้แก่ การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน การเลือกรับประทานอาหาร ได้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน จำนวนมือหรือความถี่ที่ควรรับประทานและสามารถใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยนได้ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในช่วงปกติและในช่วงเดือนรอมฎอน (3.2) การชี้แนะ โดยการให้ทางเลือกในการรับประทานอาหารในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและลงมือปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ได้เหมาะสมทั้งในช่วงปกติและในช่วงเดือนรอมฎอน (3.3) การสนับสนุน เป็นการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาหาร ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมและสามารถวางแผนพร้อมลงมือปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆเหมาะสมทั้งในช่วงปกติและในช่วงเดือนรอมฎอน และ (3.4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่จะส่งเสริมให้ เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและลงมือปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ได้เหมาะสมทั้งในช่วงปกติและในช่วงเดือนรอมฎอน และ (4) ระยะที่ 4 การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดหลังใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร
3. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารลดลงมากกว่าก่อนการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร
4. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ข้อเสนอแนะรูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่พัฒนาโดย กาญจนา (2554) และทำการดัดแปลงให้มีความชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมใน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ (1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ (2) การประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน (3) การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย (3.1) การสอน (3.2) การชี้แนะ (3.3) การสนับสนุน และ (3.4) การสร้างสิ่งแวดล้อม และ (4) การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผล

พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยครอบคลุมอาหารด้านชนิด

และปริมาณ ตลอดจนมีอาหาร 5 หมวด ได้แก่ ไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ แป้งน้อย เค็มน้อยและกากใยอาหารสูง โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารของคนไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ซึ่งพัฒนาโดยเฉลิมศรี (2554) ค่อนข้างมาก หมายถึง มีพฤติกรรมควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี

ระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะจากปลายนิ้วหลังอดอาหารข้ามคืนเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง คิดเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของบริษัทผลิตอุปกรณ์ที่มีมาตรฐานแห่งหนึ่ง ตรวจโดยวิธีเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดูแลจากพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน เกษัชกร และนักโภชนาการประจำโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะเป็นผู้คัดกรองและให้ความรู้เรื่องอาหารและการใช้ยา และจัดส่งผู้ป่วยให้พบโภชนาการเพื่อให้ความรู้เรื่องอาหารในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และจัดส่งต่อให้เกษัชกรหากรายใดที่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาเพื่อให้ได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับการใช้ยา

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง มีนาคม 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในแนวทางเดียวกัน

2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิมที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดได้

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (quasi-experimental research two group pre – post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน
 - 1.1 ความหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน
 - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเบาหวาน
 - 1.3 ผลกระทบของการไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้
 - 1.4 หลักการควบคุมโรคเบาหวาน
2. หลักการจัดอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรียม
4. แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
6. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน

ความหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน

การควบคุมโรคเบาหวาน หมายถึง การปฏิบัติวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการเสื่อมของหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดขนาดเล็ก ซึ่งจะทำให้เกิดตา ไตและปลายประสาทอักเสบ พฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการใช้ยา (เทพ, รัชตะ, และ ธิดา, 2554) โดยมีวัตถุประสงค์ในการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือ

1. รักษาระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (เฉลาศรี, 2557) โดยการปรับให้เกิดความสมดุลระหว่างอาหารกับยาที่ใช้คุมเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็นยาฉีดหรือยารับประทาน (เทพ, วัลลา, พงศ์อมร, ชัยชาญ, และสุนทร, 2547)
2. เพื่อป้องกันโรคที่พบบ่อยกับเบาหวาน ได้แก่ ไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง (นิธิพัฒน์, 2556; วิทยา, 2549)
3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้แก่ ภาวะหมดสติจากน้ำตาลต่ำหรือสูงและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดแดงแข็ง หัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาตและหลอดเลือดขนาดเล็ก ซึ่งจะทำให้เกิดตา ไตและปลายประสาทอักเสบ (วิทยา, 2549).
4. ต้องได้รับพลังงานเพียงพอที่จะรักษาระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพียงพอที่จะใช้ต่อสู้กับภาวะเครียดต่างๆ (เฉลาศรี, 2557; เทพ, วัลลา, พงศ์อมร, ชัยชาญ, และสุนทร, 2547)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเบาหวาน

เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมเพื่อควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น เกณฑ์เป้าหมายคือ ต้องควบคุมให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงให้อยู่ในช่วง 80 – 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข โดยไม่เกิดอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือน้ำตาลในเลือดสูง

สามารถป้องกันการเกิดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าและรุนแรงที่สุด (เทพ, รัชตะ, และธิดา, 2554) โดยเฉพาะโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับตา ไตและปลายประสาทอักเสบ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้สำเร็จ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีส่วนสำคัญมากที่สุดในการควบคุมโรคเบาหวานได้สำเร็จ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1 ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่มีอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.1.1 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของการเสื่อมสภาพทางด้านร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ส่งผลให้ความต้านทานต่อโรคลดลงไปด้วย โอกาสเป็นเบาหวานก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือกลุ่มคนที่มีช่วงอายุ 65-74 ปี จะเป็นเบาหวานมากกว่าผู้มีอายุ 25-44 ปี ถึง 2-3 เท่า (ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลศิริราช, 2556) และในผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง (สมจิต, 2544) จึงทำให้การควบคุมโรคเบาหวานเป็นไปได้ยากเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น

1.1.2 เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการจัดเตรียมอาหาร จึงมีโอกาที่จะรับประทานจุบจิบ รับประทานอาหารตามใจปากได้มากกว่าเพศชาย (Mikolajczyk, Ansari, & Maxwell, 2009) อีกสาเหตุหนึ่งคือ เพศหญิงมีระบบการเผาผลาญในร่างกายน้อยกว่าเพศชาย 5 - 10% ทำให้เพศหญิงมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของกุสุมา (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า เพศหญิงมีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าเพศชาย 1.72 เท่า

1.1.3 ภาวะสุขภาพ บุคคลที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจะมีความต้องการในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตนเองคุ้นเคยในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (พัชรินทร์และพิศมัย, 2556)

1.1.4 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรค กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะแรก จะมีความกลัวทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับได้ มีความกลัวลดลง ทำให้ความตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมโรคจึงลดน้อยลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกุสุมา (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็น

เบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานกว่า 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าผู้ที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี เป็น 3.06 เท่า

1.1.5 ประสบการณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการควบคุมหรือการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลอาจมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรืออาจจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งในขณะที่อยู่ โรงพยาบาลได้รับการควบคุมโรคอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลมีแนวทางการควบคุมโรคเบาหวาน ที่ชัดเจน มีการตรวจระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการควบคุมโรคให้ดีขึ้นต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในตนเองได้ดี (อรพินท์, รัชณี, และสุทธิศรี, 2556)

1.2 ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยที่อยู่รอบๆ ตัวผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.2.1 วิธีชีวิตยุคใหม่ที่มีความเร่งรีบในชีวิต มีผลในการควบคุมโรคเบาหวานในเรื่องของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทั้งในเรื่องของการซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร และการรับประทานอาหาร ในด้านชนิดอาหาร ปริมาณอาหาร และเวลาในการรับประทานอาหาร โดยมีผลต่อการปรุงอาหารเอง การรับประทานอาหารนอกบ้าน การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เช่น คนที่ต้องทำงานตั้งแต่เช้า ทำให้ต้องเตรียมอาหารด้วยวิธีการที่รวดเร็วเช่นการผัด หรือทอด หรือเปลี่ยนไปเป็นการรับประทานอาหารประเภทอาหารจานด่วน หรือการรับประทานอาหารสำเร็จรูปแทน สามารถหาซื้อได้ง่ายกว่า เช่น ขนมปัง เบเกอรี่ เป็นต้น ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (วิมลรัตน์และคณะ, 2551)

1.2.2 วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อและวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร ภายในครอบครัว ที่มีการรับประทานอาหารในสำรับเดียวกัน ไม่ได้แยกสำรับต่างหากสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการควบคุมโรคได้ลดน้อยลง (วิมลรัตน์และคณะ, 2551)

2. ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ด้วยภาวะภายในครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อการสนับสนุนในการควบคุมโรคของผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย จะมีกำลังในการเลือกซื้ออาหารได้น้อย อีกทั้งอาหารประเภทผัก และ ผลไม้ก็มีราคาสูง ทำให้ครอบครัวที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมได้มากเท่าที่ควร และด้วยภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมีอยู่มาก จึงทำให้ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหาร จึงจำเป็นต้องเตรียมอาหารด้วยวิธีที่ง่ายและรวดเร็วเช่น การผัด ทอด หรือรับประทานอาหารสำเร็จรูปแทน ซึ่งอาหารประเภทนี้จะมีผัก

น้อยแต่มีคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และน้ำตาลในปริมาณมาก จึงไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเบาหวาน (วิมลรัตน์และคณะ, 2551)

3. ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง การที่มีระบบบริการที่ดีจะช่วยอำนวยความสะดวกและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งระบบการส่งผู้ป่วยรักษาต่อ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลใหญ่ๆ ได้รับการบริการที่ดียิ่งขึ้น (สมจิต, 2544)

ผลกระทบของการไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

1.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เป็นภาวะที่เกิดอาการอย่างรุนแรงและรวดเร็ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือทันทีจะเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตได้ (ADA, 2017) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (ธิตี, 2555; สุมาลี, 2553) ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ปฎิณัฐ, 2555) และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พบได้ 2 ภาวะคือ ภาวะฮัยเปอร์ออสโมลาร์ ฮัยเปอร์กลัยซีมิกและภาวะคีโตอะซิโดสิส

1.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ตา ไต เส้นประสาท หลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย หลอดเลือดขนาดเล็ก ระบบเลือดและภูมิคุ้มกัน ปัจจุบันพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 44 (ศักดิ์ชัยและเทพ, 2549; สยามคมโรคไตแห่งประเทศไทย, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) และที่อันตรายคือเส้นประสาทอัตโนมัติที่ไปเลี้ยงหัวใจเสื่อม เป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเสียชีวิตเฉียบพลันได้ (ADA, 2017) ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสดเกิดแผลที่เท้าได้สูงถึงร้อยละ 25 และมีโอกาสถูกตัดขาหรือเท้าสูงถึง 15 เท่าของคนปกติ (สมพงษ์และธิตี, 2549)

2. ด้านจิตใจ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ รู้สึกเป็นทุกข์และกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อน บางครั้งเกิดความหงุดหงิด รำคาญ ท้อแท้ สิ้นหวัง ใจจดใจจ่อ และ

เกิดความเบื่อหน่ายต่อชีวิต ในผู้ที่เป็โรคนาหวานเพศชายที่มีปัญหาเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเกิดความทุกข์ใจ ขาดความภาคภูมิใจ และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง และการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับการเจ็บป่วยส่งผลทำให้ผู้ที่เป็โรคนาหวานเกิดความเครียด ไม่มีความสุข และเมื่อยังมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเองลดลงจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2555) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคนาหวานมีภาวะซึมเศร้า

3. ด้านสังคม ทำให้การดำรงชีวิตของผู้ที่เป็โรคนาหวานเปลี่ยนแปลงไป ผู้ที่เป็โรคนาหวานบางคนที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแบบแผนชีวิตได้ เช่นปรับตัวในเรื่องการรับประทานอาหารนอกบ้านเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมไม่ได้ จึงแก้ปัญหาโดยการไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น เลือกที่จะอยู่คนเดียว (ประอรทิพย์, 2550) ผู้ที่เป็โรคนาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตทั้งทางด้านบทบาทหน้าที่การทำงานและสังคมเปลี่ยนไป ภาวะแทรกซ้อนทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงาน ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ขาดงานบ่อยครั้ง รวมทั้งถูกเลิกจ้างงานต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ในผู้ที่เป็โรคนาหวานและมีแผลที่เท้า จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้แยกตัวออกจากสังคม ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกสูญเสียการควบคุมสิ่งต่างๆ และกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

4. ด้านจิตวิญญาณ ศาสนาอิสลามเชื่อว่า อัลลอฮ์สร้างมนุษย์ขึ้นมาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ร่างกาย และจิตวิญญาณ การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ทรงกำหนดมา เพื่อเป็นบททดสอบว่า จิตใจของบุคคลนั้น มีความยึดมั่นในวิถีทางของมุสลิมมากเพียงใด (คณะทำงานวิชาการและวิจัย สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) แต่ด้วยโรคนาหวานเป็โรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดในระยะยาว อาจเกิดความท้อต่อการดูแลตนเองและหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคนาหวานได้ จึงจำเป็นต้องมีศรัทธาที่แน่วแน่มากกว่าบุคคลที่มีภาวะร่างกายปกติ จะต้องยึดถือในแนวทางของอัลลอฮ์เพื่อเป็นการส่งผลให้ร่างกายของบุคคลนั้นแข็งแรงปราศจากโรคภัย หากเกิดความท้อแท้ไม่ยึดถือไม่ศรัทธาในอัลลอฮ์ไม่ปฏิบัติตัวตามศาสนา ย่อมส่งผลให้ร่างกายแย่งตามมาด้วย (ยูซุฟและสุภัทร, 2551; อีสมานีลุตฟี, 2555)

หลักการควบคุมโรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นหลักการควบคุมโรคเบาหวานที่สำคัญ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ประกอบด้วย

1. การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับอาหารในสัดส่วนที่พอเหมาะ ได้รับสารอาหารเพียงพอ ควบคุมภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ในระยะแรกของการเป็นเบาหวานหรืออาการไม่รุนแรง สามารถใช้วิธีการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวได้ แต่ถ้าไม่ได้ผลอาจจำเป็นต้องใช้ยาร่วมด้วย การควบคุมอาหารไม่จำเป็นต้องควบคุมคาร์โบไฮเดรตอย่างเข้มงวด แต่จะต้องควบคุมพลังงานที่ได้รับ ไม่ให้มากเกินไปและต้องได้รับสารอาหารที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามสัดส่วนความต้องการและมีความต่อเนื่อง (วิมลรัตน์, 2552)

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน ช่วยให้ร่างกายนำกลูโคสมาใช้เพิ่มขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ถือเป็นวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกชนิดการออกกำลังกายที่ไม่เสี่ยงอันตราย เหมาะสมกับสภาวะของร่างกาย เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน เป็นต้น ใช้เวลาครั้งละ 20-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และก่อนออกกำลังกายควรมีการอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย (ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลศิริราช, 2556)

3. การจัดการความเครียด โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเครียดได้ ซึ่งความเครียดเป็นตัวกระตุ้นทำให้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลลดลง การจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (สมภพ, 2553) เช่น การพูดคุยระบายความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ การใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยส่งเสริมความสามารถในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มากยิ่งขึ้น (ดำรงและมูหมัดคาโอ๊ะ, 2549)

4. การใช้ยา การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ยังไม่ได้ผล จำเป็นที่จะต้องใช้ยาร่วมด้วย ซึ่งยามี 2 ชนิดคือ ยาเม็ดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและยาฉีดอินซูลิน (พิสนธิ์, 2556; ยูพิน, 2551)

4.1 ยาเม็ดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ใช้เมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือการออกกำลังกายในระยะเวลาประมาณ 2 เดือน ยาที่ใช้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

4.1.1 ยาที่มีฤทธิ์ในการกระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ได้แก่ ซัลโฟนิลยูเรีย ออกฤทธิ์โดย กระตุ้นเบต้าเซลล์ให้เพิ่มการหลั่งอินซูลิน ใช้ได้ผลในผู้ป่วยที่เบต้าเซลล์ยังคงสามารถผลิตอินซูลินได้อยู่ สำหรับการบริหารยา จะให้กินก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง และให้ในขนาดต่ำสุดที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การตอบสนองของยา ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมได้ดีในระยะแรก และจะลดลงเรื่อยๆ จนไม่สามารถควบคุมได้ แม้จะใช้ยาในขนาดสูงสุดแล้วก็ตาม สำหรับชนิดของยาซัลโฟนิลยูเรีย ได้แก่ กลอโปรพามาซด์ โกลเบนคลามาซด์ กลิพิไซด์

4.1.2 ยาที่ควบคุมระดับกลูโคสในกระแสเลือด เช่น ไบควาโนด์ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือ เมทฟอร์มิน (metformin) ออกฤทธิ์โดยลดการดูดซึมกลูโคสในลำไส้ ลดการสร้างกลูโคสที่ตับ เพิ่ม insulin receptor ช่วยให้กลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้น ยากลุ่มนี้มีข้อดี คือ ลดน้ำตาลโดยไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ และลดระดับน้ำตาลที่สูงหลังจากการรับประทานอาหารได้ดี มักใช้ในผู้ป่วยที่อ้วนและใช้ร่วมกับซัลโฟนิลยูเรีย เมื่อใช้ซัลโฟนิลยูเรียตัวเดียวแล้ว ไม่ได้ผล นอกจากนี้ยังใช้ร่วมกับยานี้ดอินซูลินอีกด้วย

4.2 ยานี้ดอินซูลิน เป็นยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ทุกราย และชนิดที่ 2 บางรายที่ไม่สามารถตอบสนองต่อยาเม็ดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

หลักการจัดอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

หลักการสำคัญในการเลือกรับประทานอาหาร มีดังนี้

1. กำหนดพลังงานและสารอาหาร

การกำหนดพลังงานและสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายในผู้ป่วยเบาหวานนั้น ขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ น้ำหนักตัว และระดับกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน นั่นคือ

1.1 พลังงานที่ควรได้รับต่อวันในผู้หญิงทำงานและผู้สูงอายุ เทียบได้กับคนทำงานเบา ควรได้รับพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน หรือผู้ชายทำงานหนัก อายุ 25 – 60 ปี ควรได้รับพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน (คณะทำงานจัดทำข้อมูลปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย, 2552; วิมลรัตน์, 2552) สำหรับผู้ป่วยที่อ้วนหรือน้ำหนักเกิน ควรได้รับพลังงานไม่เกิน

1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน แต่ไม่ควรต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน (วันทนีย์, 2551) หากรับมากเกินไป ความต้องการของร่างกายระดับน้ำตาลในเลือดจะสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ค่อยระวังอาหารมันซึ่งเป็นสาเหตุของน้ำตาลในเลือดและไขมันในเลือดสูง (วิมลรัตน์และคณะ, 2551)

1.2 คาร์โบไฮเดรต ควรได้รับร้อยละ 55-60 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมด คาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรตเป็นสารอาหารหลักที่ให้พลังงานแก่ร่างกายโดยตรง และเป็นสารอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุด คาร์โบไฮเดรตมี 2 ประเภท ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวและ คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานเลือกรับประทาน คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง และธัญพืช เช่น ข้าว ถั่วเขียว วุ้นเส้น และขนมปัง เป็นต้น (วิมลรัตน์, 2552) จากการศึกษาพบว่าไม่ว่าจะรับประทานอาหารพวกแป้งชนิดไหนก็สามารถทำให้น้ำตาลขึ้นได้ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับปริมาณของแป้งหรือคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับ ลดความเสี่ยงที่รับประทานผลไม้แล้วน้ำตาลไม่ขึ้น หรือรับประทานอาหารที่มีไขมันมากแล้วน้ำตาลไม่เพิ่ม (งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2558)

1.3 โปรตีน ควรได้รับร้อยละ 10-20 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมด โปรตีน 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี โปรตีน 1 ส่วน คือประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ แต่ให้พลังงานไม่เท่ากัน ตั้งแต่ 35-100 กิโลแคลอรี แหล่งของโปรตีนมาจากเนื้อสัตว์และพืช เนื้อสัตว์แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน กลุ่มเนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง และกลุ่มเนื้อสัตว์ไขมันมาก แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถรับประทานอาหารโปรตีนเนื้อสัตว์ เนื้อปลา ไข่ และถั่ว ควรรับประทาน 2-3 ส่วนต่อวันตามปีรามิดหรือ 6-12 ช้อนกินข้าวต่อวัน และควรเลือกเนื้อไม่ติดมันหรือหนัง (งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2558; วิมลรัตน์, 2552)

1.4 ไขมัน ควรได้รับไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมด ไขมันแบ่งเป็น ประเภท ได้แก่ไขมัน 1 ช้อนชา ให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรี ไขมันในอาหารประกอบไปด้วย (1) ไขมันชนิดอิ่มตัว จะทำให้ไขมันในเลือดสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดตีบ แหล่งอาหารของไขมันอิ่มตัวได้แก่ น้ำมันปาล์ม กะทิ เนย นม เนื่อแดง และซ็อกโกแลต (2) ไขมันไม่อิ่มตัว ประกอบไปด้วยไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ได้แก่ อกไก่ ถั่ว น้ำมันมะกอก ถั่วลิสง และน้ำมันคาโนลา การรับประทานอาหารไขมันประเภทนี้ ทดแทนไขมันอิ่มตัวจะช่วยลดระดับ แอลดีแอล ซึ่งเป็นไขมันที่ไม่ดีก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดตีบ และกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน อาหารที่มีไขมันชนิดนี้คือ น้ำมันพืชทั้งหลายเช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง หากรับประทานแทนไขมันอิ่มตัวจะไม่เพิ่มระดับไขมันในร่างกาย (3) กรดไขมันจำเป็น เป็นกรดไขมันที่จำเป็นสำหรับร่างกาย แต่ร่างกายไม่สามารถสร้างเองได้ ต้องได้รับจากอาหารที่เรารับประทาน (4) กรดไขมันทรานส์

เป็นไขมันที่เตรียมจากน้ำมันพืชเช่นน้ำมันข้าวโพด ไปทำให้ร้อน เพื่อทำให้น้ำมันมีอายุใช้งานได้นานขึ้น และทำให้น้ำมันข้นขึ้นจนเป็นของแข็ง การรับประทานน้ำมันชนิดนี้มากจะทำให้ไขมันแอลดีแอลในเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (5) กรดไขมันโอเมก้า 3 เป็นกรดไขมันที่จำเป็นสำหรับร่างกาย แต่ร่างกายไม่สามารถผลิตเองต้องได้รับจากสารอาหาร จะพบมากในอาหารจำพวกปลาและน้ำมันพืช เช่น ปลาแซลมอน ปลาคาเดียว ปลาซาดีน ปลาทูนา ปลาเทราท์ ปลาเฮอริ่ง วอลนัท น้ำมันเมล็ดแฟล็กซ์ และน้ำมันคาโนลา (6) กรดไขมันโอเมก้า 6 เป็นกรดไขมันที่จำเป็นสำหรับร่างกาย แต่ร่างกายไม่สามารถผลิตเองต้องได้รับจากกรดไขมันโอเมก้า 6 จะพบมากในอาหารจำพวกปลาและน้ำมันพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันเมล็ด ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานให้น้อยที่สุด และควรเลือกรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวแทนไขมันอิ่มตัว ควรเป็นไขมันจากพืช ได้แก่ น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น ควรงดไขมันจากสัตว์ทุกชนิดรวมทั้งนม เนย ครีมเทียมหรือมาร์การีน กะทิ น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม (งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2558; วิมลรัตน์, 2552)

1.5 วิตามินและเกลือแร่ ยังไม่มีหลักฐานถึงความจำเป็นในการเพิ่มวิตามินสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แต่อย่างไรก็ตามสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามินอี วิตามินซี เบต้าแคโรทีน ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ การให้โครเมียมสามารถลดระดับน้ำตาลและเพิ่มเอชดีแอล ในผู้ป่วยที่ขาดโครเมียม (งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2558)

1.6 เส้นใยอาหาร ให้รับประทานวันละ 25-30 กรัม/วัน ซึ่งเส้นใยอาหารส่วนใหญ่จะอยู่ในพืชผัก ผลไม้และธัญพืช เส้นใยอาหารมีส่วนช่วยในการขับถ่าย ช่วยลดโคเลสเตอรอลในเลือด ช่วยขับสารพิษออกจากร่างกาย อาหารที่มีเส้นใยสูงจะเป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำ (วันทนีย์, 2559) จึงไม่ทำให้เกิดโรคอ้วนอ้วน อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคเบาหวานได้อีกด้วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย เครือข่ายคนไทยไร้พุง, 2559; วิมลรัตน์, 2552)

2. กำหนดชนิด ปริมาณและมื้ออาหาร

ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องเคร่งครัดในการรับประทานอาหารและควรส่งเสริมให้มีการรับประทานอาหารแต่พอสมควร ไม่รับประทานมากเกินไป และรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ซึ่งลักษณะการรับประทานอาหารดังกล่าวสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 อาหารที่ควรรับประทาน อย่างที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าการรับประทานอาหารประเภทหวานจัดหรือมีน้ำตาลมากจะนำไปสู่การเป็นโรคเบาหวานหรือในกรณีที่เป็นโรคเบาหวานอยู่แล้ว การรับประทานอาหารที่มีรสหวานก็จะยิ่งเพิ่มความรุนแรงของโรคมามากยิ่งขึ้น ซึ่งอาหารที่มี

รสหวานจัดที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรงด ได้แก่ อาหารที่ใส่น้ำตาลทุกชนิด เช่น ขนมหวาน ก๋วยเตี๋ยวเชื่อม มันเชื่อม ทองหยิบ ทองหยอด ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลำไย ทุเรียน เงาะ ขนุน เครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลม (วิทยา, 2549) ผู้ป่วยเบาหวานมีความเคยชินกับการรับประทานอาหารที่มีรสหวานโดยถือว่าอาหารหวานและมันเป็นอาหารชั้นดี (อนันตชัย, 2551) ซึ่งนอกจากอาหารเหล่านี้จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงแล้ว ยังทำให้มีการสร้างไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงอีกด้วย อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดอุดตัน เป็นต้น อีกทั้งการใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล เช่น แอสพาทেম ซัคคาริน ซึ่งให้รสหวานมากกว่าน้ำตาลทรายแต่ไม่ให้คุณค่าทางอาหารและไม่ให้พลังงาน หากรับประทานมากเกินไปอาจมีผลในการทำลายเซลล์ในร่างกายและเกิดโรคมะเร็งตามมาได้ (งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2558; วิมลรัตน์, 2552)

2.2 อาหารที่ควรจำกัดปริมาณ คือ อาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถรับประทานได้แต่ควรรับประทานในปริมาณที่จำกัด ได้แก่ อาหารประเภทแป้ง และคาร์โบไฮเดรต ซึ่งจะพบมากในข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน เส้นหมี่ เป็นต้น ผักและผลไม้บางชนิดที่ไม่หวานจัดแต่มีแป้งมาก เช่น ฟักทอง มะละกอดิบ ยอดมะพร้าวอ่อน แครอท เผือก มัน และเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงเช่น เนื้อติดมัน หนังไก่ เป็นต้น (วิมลรัตน์, 2552; สิริพันธ์และอรทัย, 2548) ในการรับประทานอาหารที่ต้องจำกัดปริมาณนี้ สามารถปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทานได้ โดยการใช้สูตรอาหารแลกเปลี่ยน (ศรีวรรณ, 2558; สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย เครือข่ายคนไทยไร้พุง, 2559) ซึ่งประกอบด้วย อาหารแลกเปลี่ยนในหมวดผัก ข. อาหารแลกเปลี่ยนในหมวดผลไม้ อาหารแลกเปลี่ยนหมวดเนื้อสัตว์อาหารแลกเปลี่ยนในหมวดนมและอาหารแลกเปลี่ยนในหมวดไขมัน (งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2558; ปิยะนุช, 2548; สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย เครือข่ายคนไทยไร้พุง, 2559) ซึ่งสูตรอาหารส่วนใหญ่ของมุสลิมมักมีส่วนประกอบหลักคือ แป้งและไขมัน (อนันตชัย, 2551) จึงอาจใช้พืชอื่นแทนแป้งได้ เช่น เผือก มัน ฟักทอง ข้าวโพด เป็นต้น หรืออาจเลือกรับประทานอาหารที่มีน้ำหนักมากๆ เพราะสมองของเราจะสั่งให้รับประทานในปริมาณที่สอดคล้องกับน้ำหนักของอาหาร นั่นคือ หากรับประทานอาหารที่มีน้ำหนักเบาแต่แคลอรีสูง เช่น ข้าวเกรียบ โรตีสกรอบ (พุมรี, 2553) ร่างกายจะรู้สึกว่ามีอึดเมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารที่มีน้ำหนักมากในสัดส่วนที่มีน้ำหนักเท่ากัน จึงควรเลือกรับประทานอาหารที่มีน้ำหนักมากๆ แทน เช่น ผลไม้ จะทำให้ร่างกายรู้สึกอึดเร็วขึ้นและร่างกายได้รับแคลอรีที่น้อยกว่าด้วย (ศัลยา, 2551)

2.3 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัด เป็นอาหารที่ทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิมและผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วไป สามารถรับประทานได้โดยไม่จำกัดปริมาณ ได้แก่ ผักประเภท ก. เป็นผักที่มีคาร์โบไฮเดรตน้อย และให้พลังงานต่ำมาก เช่น ผักกาดขาว กะหล่ำปลี บวบ ผักบุ้ง ผัก

โคม ใบกะเพรา เป็นต้น (วิมลรัตน์, 2552) ผักประเภทนี้ นอกจากจะให้พลังงานต่ำแล้วยังมีน้ำและกากใยสูง มีส่วนช่วยในการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่เลือดให้ช้าลง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานผักมีใยสูง 1-2 ทัพพี วันละ 2-3 มื้อ (วิทยา, 2549)

3 มื้ออาหาร

ในแต่ละมื้อต้องมีการวางแผนการรับประทานอาหารหรือการจัดอาหาร ควรยึดหลักให้มีการรับประทานอาหารครบทุกหมวดและมีความหลากหลาย รวมทั้งกระจายพลังงานจากอาหารในแต่ละมื้อให้เหมาะสม (สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย เครือข่ายคนไทยไร้พุง, 2559; วันทนิย์, 2551) คือ

3.1 อาหารมื้อเช้า ควรรับประทานอาหารให้ได้พลังงานมากกว่ามื้อเย็นร้อยละ 30-35 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน คิดเป็น 500-600 กิโลแคลอรี เนื่องจากมีกิจกรรมทำตลอดทั้งวัน

3.2 อาหารมื้อเที่ยง ควรรับประทานอาหารให้ได้พลังงานร้อยละ 35-40 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน คิดเป็น 600-700 กิโลแคลอรี

3.3 อาหารมื้อเย็น อย่าให้ได้พลังงานมากเกินไปร้อยละ 30-35 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน ไม่ควรเกิน 500-600 กิโลแคลอรี ควรเน้นผักให้มากๆ เลี่ยงของทอดและมัน ต้องระวังการรับประทานอาหารขนมหวานหลังอาหาร

สำหรับการรับประทานอาหารในช่วงถือศีลอด ชาวมุสลิมที่เป็นเบาหวานอาจมีปัญหาสุขภาพได้ หากไม่ได้ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง การถือศีลอดของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการเพิ่มความเสี่ยงของอาการน้ำตาลต่ำชนิดรุนแรง ถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลสูง ภาวะขาดน้ำ และการเกิดลิ่มเลือดอีกด้วย ภาวะน้ำตาลสูงที่เกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากการหยุดฉีดอินซูลิน เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่ได้รับประทานอาหารจึงไม่จำเป็นต้องฉีดแต่ในความจริงแล้วอินซูลินที่ฉีดนั้นจะไปมีผลต่ออาหารที่รับประทานในช่วงตะวันตกดิน และอีกสาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการรับประทานอาหารในช่วงตะวันตกดินมากกว่าปกติที่รับประทานอยู่นั่นเอง ภาวะขาดน้ำ ด้วยการละเว้นการดื่มน้ำเป็นเวลานาน หากมีอาการสูญเสียเหงื่อมากร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้มีการปัสสาวะในปริมาณมาก ส่งผลให้เกิดการสูญเสียน้ำมากขึ้น การขาดน้ำจะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นอาจทำให้เกิดหัวใจวายและเส้นเลือดสมองตีบได้ (Salti et al., 2004) ดังนั้นผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวาน ควรมีการปฏิบัติในพฤติกรรมกรบริโภคอย่างเหมาะสม นั่นคือควรรับประทานอาหารสุขภาพ มีเส้นใยอาหารสูง ในปริมาณที่เหมาะสม ดื่มน้ำให้มากพอในช่วงเวลาที่สามารถดื่มน้ำได้ (มุหมัดดาโอ๊ะ, 2551) จำกัดอาหารประเภททอด อาหารมัน และอาหารหวาน หลังตะวันตกดิน ปริมาณอาหารอาจแบ่งเป็น 3 มื้อและมีการกระจายของปริมาณคาร์โบไฮเดรตทั้ง 3 มื้อ ในช่วงถือศีลอดร่างกายจะปรับระบบเผาผลาญให้ทำงานช้าลง

ถึงแม้ว่าจะรับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยกว่าปกติแต่ร่างกายก็สามารถได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (ศัลยา, 2551)

พฤติกรรมดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรียม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem, 2001) โดยโอเรียมกล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition) (2) พลังความสามารถ 10 ประการ (power components: enabling capabilities for self-care) และ (3) ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้ พึ่งตนเองได้ และพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด โดยโอเรียม (Orem, 2001) ระบุว่าความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ (1) การคาดการณ์ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตนเอง ที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง ทั้งส่งเสริมและขัดขวางการดูแลตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมปัจจัยเหล่านั้น ความหมายและความสำคัญของการดูแลตนเองต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ตลอดจนวิธีการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดยมีพื้นฐานมาจากการรู้จักตนเอง การเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม (2) การปรับเปลี่ยน หมายถึง ความสามารถในการคิดใคร่ครวญทางเลือกในการดูแลตนเองว่าสามารถกระทำได้ สมควรกระทำ และจะกระทำ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการที่ดีที่สุด และ (3) การลงมือปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการเตรียมความพร้อม การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า (1) ความสามารถในการคาดการณ์ เป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน วิธีการที่จะควบคุมความเสี่ยง หรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นและให้ความสำคัญกับการป้องกันว่ามีผลต่อสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม (2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นกระบวนการวางแผนกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคเบาหวานและสามารถประเมินสถานการณ์ สามารถดูแลปรับปรุงแก้ไขภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเองหรือจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือ และสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม และ (3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อม

ของตนเอง การวางแผน การลงมือกระทำ และการประเมินผล การศึกษาค้นคว้าเน้นศึกษาความสามารถในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

นอกจากนั้นการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นระบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ขาดความรู้หรือทักษะและไม่สามารถตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง เป็นระบบที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความพร้อมในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา ระบบดังกล่าวประกอบด้วยบทบาทการพยาบาลที่สำคัญ 5 วิธี ได้แก่ (1) การกระทำให้หรือกระทำทดแทน (2) การสอน (3) การชี้แนะ (4) การสนับสนุน และ (5) การสร้างสิ่งแวดล้อม แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมเป็นบุคคลที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ชีวิตในการช่วยเหลือเพียง 4 วิธี ได้แก่ (1) การสอน (2) การชี้แนะ (3) การสนับสนุน และ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสอน เป็นการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความคิดที่จะนำความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมอาหาร ไปใช้ เกิดทักษะที่จะแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2. การชี้แนะ เป็นการแนะแนวทาง ให้ทางเลือกเพื่อนำไปสู่การคิดและตัดสินใจในการปรับการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองหรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองภายใต้คำแนะนำของพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมได้

3. การสนับสนุน เป็นการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งชนิด ปริมาณ และมีอาหาร สนับสนุนและส่งเสริมให้ญาติเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมอาหารผ่านสื่อ และส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยกระตุ้นเตือนการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะอยู่ในภาวะใดๆก็ตาม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษา

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเช่น สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การใช้สื่อเกี่ยวกับอาหารที่มีอยู่ให้เหมาะสม เช่น คู่มือ ตัวอย่าง โมเดลอาหาร และอาหารจริง ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการควบคุมอาหาร การเข้าถึงแหล่งอาหาร การจัดหาเครื่องตวงวัดในครัวเรือนที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการควบคุมอาหารและการไม่ซื้ออาหารที่ต้องการควบคุมเข้ามารับประทานในบ้าน ระบบการพยาบาล

แบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) จึงเป็นกิจกรรมที่กระทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ความเข้าใจ วิธีคิด ความเชื่อและทัศนคติ นำไปสู่การพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อความสามารถในการดูแลตนเองได้

แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มาใช้ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ฟังตนเองได้ และฟังผู้อื่นให้น้อยที่สุด โดยโอเร็ม (Orem, 2001) ระบุว่า ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่

1. การคาดการณ์ หมายถึงความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบภายในตนเองและปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ความหมายของการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและความสำคัญต่อชีวิต สุขภาพและความผาสุก ความต้องการในการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและวิธีการในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร โดยมีพื้นฐานมาจากการรู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อม การรู้จักสถานการณ์และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยขัดขวาง ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคเบาหวานกำเริบ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการดูแลตนเองด้านอาหาร ความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองให้ได้อย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนความรู้ ความเข้าใจ ประโยชน์ของการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารต่อชีวิต สุขภาพและความผาสุก ด้วยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้ โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การปรับเปลี่ยน หมายถึง การคิดใคร่ครวญทางเลือกต่างๆ ในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและตัดสินใจเลือกวิธีการที่ดีที่สุดกับตนเอง ผ่านการสะท้อนคิดถึงวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมกับตนเองในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเพื่อจะได้ปฏิบัติตนได้ถูกต้องและตัดสินใจลงมือปฏิบัติต่อไปทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหารในงานเลี้ยงต่างๆ และการรับประทานอาหารในช่วงเดือนถือศีลอด โดยการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทมุสลิม ที่ยึดมั่นในหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติทางศาสนกิจที่ผูกพันอย่างแน่นแฟ้นอยู่กับองค์อัลลอฮ์ ครอบคลุม

ชนิดอาหาร ปริมาณอาหารและมื้ออาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคเบาหวานและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับเวลาการรับประทานอาหารในช่วงถือศีลอด โดยในการรับประทานยาควรปรับเปลี่ยน ดังนี้ ลดขนาดของยาที่ใช้ลงครึ่งหนึ่งในมื้อเช้าก่อนตะวันขึ้น ส่วนยาที่รับประทานเดิมในมื้อเช้าควรเปลี่ยนไปเป็นการกินในมื้อหลังตะวันตกดิน โดยไม่ต้องปรับเปลี่ยนขนาดยา (ศัลยา, 2551) เช่น ผู้ป่วยที่ปกติได้รับยาที่ต้องรับประทานวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด ให้รับประทาน 1 เม็ดหลังอาหาร 15 – 30 นาทีในมื้อเช้าก่อนพระอาทิตย์ขึ้น และรับประทานอีก 2 เม็ด หลังอาหาร 15 – 30 นาทีในมื้อเย็น ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ออกฤทธิ์เป็นเวลานาน เช่น ไกลเบนคลาไมด์ ไกลคาไซค์ เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ต้องรับประทานวันละ 2 ครั้ง ให้รับประทานยา 1 เม็ดก่อนอาหาร 15 – 30 นาทีในมื้อเย็น และลดขนาดลงครึ่งหนึ่งก่อนมื้อเช้าก่อนพระอาทิตย์ขึ้นหรือรับประทานเลย หากมีอาการน้ำตาลต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ต้องรับประทานวันละครั้ง (once-daily sulfonylureas) ให้รับประทานยาในมื้อเย็น หากได้รับยาในกลุ่มยาฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น secretagogues, thiazolidinediones, alpha-glucosidase inhibitors, incretin-based therapies หรือ โบริ โมคริปติน ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาหรือวิธีการรับประทาน ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์ระยะยาว ควรมีการปรับลดขนาดลง ร้อยละ 30-40 หรือตามความเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลินชนิดผสมหรือยาฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์เป็นระยะเวลาปานกลาง ยาฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์ระยะยาว และสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ทันที วันละสองครั้ง ให้ฉีด 1 ครั้งก่อนอาหาร 15 – 30 นาทีในมื้อเย็น และลดขนาดลงครึ่งหนึ่งก่อนอาหาร 15 – 30 นาทีตอนมื้อเช้าก่อนพระอาทิตย์ขึ้นหรืองดการฉีดหากมีอาการน้ำตาลต่ำ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

สำหรับการเลือกรับประทานในช่วงเดือนถือศีลอด ควรเลือกรับประทานผักในปริมาณมากพอในมื้ออาหาร และควรรับประทานผลไม้หลังอาหาร หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมาก เช่น กุแวนฮาจิ ขนมะอเคาะห์ ขนมะบุงอ (พุมรี, 2553) เป็นต้น น้ำหวาน น้ำอัดลม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดจากเครื่องเทศ เพราะอาจทำให้เกิดปัญหาในระบบย่อยอาหาร (ศัลยา, 2551) ควรเลือกดื่มน้ำเปล่าแทนเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน เช่น กาแฟ และชา เนื่องจากกาเฟอีนเป็นสารขับปัสสาวะ และควรค่อยๆ ลดปริมาณเครื่องดื่มเหล่านั้นลง เพราะการลดทันทีทันใดจะทำให้มีอาการ และหงุดหงิดได้ง่ายส่งผลต่อการหลังของฮอว์ โมอินซูลิน (สุมาลี, 2553) ในมื้อเช้าควรเลือกรับประทานอาหารที่ปล่อยพลังงานอย่างช้าๆ และมีเส้นใยสูง เช่น อาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำและไกลซีมิกต่ำ จำกัดอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอดและอาหารมัน สำหรับในมือเปิดบวช ควรจำกัดอาหารหวานและควรรับประทานในปริมาณที่เหมาะสม (มุหมัดดาโอ๊ะ, 2551; Benaji et. al., 2006) ส่วนในการรับประทาน

อาหารในงานเลี้ยงต่างๆ ซึ่งย่อมมีอาหารให้เลือกมากมายหลากหลายชนิด ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมควรเลือกรับประทานอาหารแต่ละประเภทเพียงชนิดเดียวและรับประทานในปริมาณที่เหมาะสม เช่น เลือกรับประทานอาหารเรียกน้ำย่อยเพียงชนิดเดียว ของหวานเพียงชนิดเดียว หรือเลือกดื่มเครื่องดื่มเพียงชนิดเดียว รับประทานเพียงแต่พอรู้สึกอิ่มไม่ควรรับประทานในปริมาณที่มากเกินไป ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง ชมพู สาลี่ เป็นต้น แทนการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ควรเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการ ต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง เช่น ปลาต้มมะนาว แกงจืดผักกาดขาว ไก่ต้มขมิ้น เป็นต้น แทนอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการผัดหรือทอด (วิมลรัตน์และคณะ, 2551) เลือกดื่มน้ำเปล่าหรือน้ำสมุนไพรไม่ใส่น้ำตาลแทนน้ำหวานหรือน้ำอัดลม และควรดื่มน้ำเปล่าก่อนรับประทานอาหารในงานเลี้ยง จะช่วยให้รับประทานอาหารได้ในปริมาณที่น้อยลง

ในการรับประทานอาหารตามปกติของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ผู้ป่วยสามารถนำหลักการอาหารแลกเปลี่ยนมาใช้ในชีวิตได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยรับประทานเผือก มัน หรือขนมปังแล้วจะต้องลดปริมาณข้าวที่รับประทานในมื้อนั้นลง (งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2558) ควรคำนวณพลังงานที่จะได้รับในแต่ละวันอย่างง่ายๆ รับประทานอาหารมื้อละน้อยๆ แต่แบ่งออกเป็นหลายๆ มื้อ 5-6 มื้อต่อวัน แบ่งเป็นมื้อหนัก 3 มื้อ คือมื้อเช้า กลางวัน และมื้อเย็น และมื้อว่าง 2 มื้อ คือ มื้อก่อนอาหารเที่ยงและมื้อก่อนอาหารเย็น ควรกระจายปริมาณอาหารประเภทแป้งให้มืออยู่ในอาหารแต่ละมื้อ ควรรับประทานมื้อเย็นก่อน 6 โมงเย็นเพื่อให้ร่างกายสามารถย่อยและดูดซึมอาหารได้อย่างเต็มที่ (สุรชา, 2555) และไม่ควรรับประทานอาหารจุบจิบ

3. การลงมือปฏิบัติ หมายถึง เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในการควบคุมอาหารที่ได้เลือกและตัดสินใจ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของตนเอง การค้นหาวิธีการต่างๆ ในการควบคุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมให้กับตนเอง วางแผนการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในพฤติกรรมควบคุมอาหาร และนำไปสู่การลงมือปฏิบัติวิธีการต่างๆ ในการควบคุมอาหารที่ได้เลือกไปแล้ว ซึ่งถ้าวิธีการต่างๆ ที่ได้เลือกไปแล้วแต่ไม่เหมาะสมและประสบความสำเร็จ ก็จะมีการประเมินผลการปฏิบัติและปรับปรุงวิธีการดังกล่าวเพื่อให้เหมาะสมในการดูแลตนเองต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดผลระดับปฏิบัติ คือ วัดการลงมือปฏิบัติในพฤติกรรมควบคุมอาหาร

ในส่วนของการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) มาใช้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมเป็นบุคคลที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีในการช่วยเหลือเพียง 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสอน เป็นการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความคิดที่จะนำความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมอาหารไปใช้ เกิดทักษะที่จะแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การสอนการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย โดยพยาบาลเป็นผู้สอนวิธีการคำนวณค่าดัชนีมวลกายให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้สูตร คือ น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร)² รวมทั้งสอนเรื่องพลังงานที่ผู้ป่วยต้องการในแต่ละวัน และให้ฝึกคำนวณความต้องการพลังงานของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างง่าย ๆ การเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน จำนวนมื้อหรือความถี่ที่ควรรับประทานและสามารถให้รายการอาหาร แลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยพยาบาลประเมินจากใบงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้อาหารแลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารที่สอดคล้องกับคู่มือ พยาบาลจะทำการประเมินความรู้ในการใช้อาหารแลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารทั้งในช่วงปกติ และในช่วงเดือนรอมฎอน โดยการแจกคู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานแก่ผู้ป่วยและยกตัวอย่างชนิดของอาหารที่มีในท้องถิ่น อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่ให้พลังงานสูงและอาหารที่ได้รับการปรุงแต่งมากให้เห็นชัดเจน การฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร โดยการใช้โมเดลอาหาร การสาธิตและมีการสาธิตย้อนกลับโดยผู้ป่วยและญาติ และมีการบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ในแบบบันทึกอาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมง (ภาคผนวก ก) ในขั้นตอนนี้จึงมีองค์ประกอบของโปรแกรมได้แก่ แผนการสอนและสื่อได้แก่ โมเดลอาหาร อาหารจริงในท้องถิ่นและคู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหาร รวมทั้งใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ในพฤติกรรมควบคุมอาหารหลังการนำไปสู่การลงมือปฏิบัติวิธีการต่างๆในการควบคุมอาหารที่ได้เลือกไปแล้ว ซึ่งประสบความสำเร็จ

2. การชี้แนะ เป็นการแนะแนวทางให้ทางเลือกเพื่อนำไปสู่การคิดและตัดสินใจในการปรับการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองหรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองภายใต้คำแนะนำของพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมได้ โดยส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการแนะนำทางเลือกในการรับประทานอาหารจานสุขภาพ หรือแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหารแบบใช้อุ้งมือเป็นสัญลักษณ์ในการคำนวณสัดส่วนของอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถรับประทานได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่ ในช่วงปกติ ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมรับประทานผักผลไม้รสไม่หวานจัด ก่อนการรับประทานอาหารคาว สำหรับในงานเลี้ยงต่างๆ ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมเลือกรับประทานผักในปริมาณที่มากกว่าอาหารจำพวกแป้งและเนื้อสัตว์ หรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมรับประทานอาหารไปจากบ้านก่อนการไปงานเลี้ยงเพื่อลดความหิวและจะได้รับประทานอาหารที่งานเลี้ยงได้ลดลง เครื่องดื่มควรเลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวาน สำหรับในช่วงเดือนรอมฎอน ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอินทผลัม 1 ผลและดื่มน้ำเปล่าตามมากๆ แทนการรับประทานขนมหวานหรือดื่มน้ำหวาน และ

อาหารควรเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการ ต้ม นึ่ง อย่าง แทนอาหารที่มีการปรุงด้วยการผัดหรือทอดหรืออาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ (วิมลรัตน์และคณะ, 2551)

3. การสนับสนุน เป็นการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาหาร ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาสนับสนุนและส่งเสริม ให้ญาติเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการเลือกซื้ออาหาร เตรียมอาหารและการรับประทานอาหารเหมือนกับผู้ป่วย กล่าวคือ ในการเลือกซื้ออาหาร ญาติไม่ควรซื้ออาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมไม่สามารถรับประทานได้เข้ามาในบ้าน ควรเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผัก ผลไม้ไม่หวานจัด ในการเตรียมอาหารควรหลีกเลี่ยงการเตรียมอาหารด้วยวิธีการผัด ทอด หรือวิธีการที่ต้องใช้น้ำมันในการปรุง ควรปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง หรือย่างแทน และนอกจากนี้ญาติควรรับประทานอาหารชนิดเดียวกันหรือสำหรับเดียวกันกับผู้ป่วย รวมทั้งควรสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เช่นการจัดทำสื่อในการเรียนรู้ต่างๆ เป็นภาษาอาหรับ นำสื่อการเรียนรู้เดิมที่มีอยู่แล้วมาปรับปรุงให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย และการสร้างสื่อการเรียนรู้ใหม่เพื่อให้มีเนื้อหาและรูปแบบที่ทันสมัย ได้แก่ อาหารจริง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้นำไปเรียนรู้เพิ่มเติม การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมอาหารผ่านสื่อ การให้ญาติกระตุ้นเตือนเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีพฤติกรรมรับประทานไม่เหมาะสม เนื่องจากญาติเป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วยมากที่สุด การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน และแก้ไขข้อข้องใจให้แก่ญาติและผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม รวมทั้งนักโภชนาการควรมีส่วนร่วมในการจัดอาหาร หรือแนะนำผู้ป่วยและญาติในการจัดมื้ออาหารที่เหมาะสม

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีสิ่งเอื้ออำนวยต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม การใช้สื่อเกี่ยวกับอาหารที่มีอยู่ให้เหมาะสม เช่น แผ่นพับและตัวอย่าง โมเดลอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถศึกษาและเรียนรู้ได้ ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการควบคุมอาหาร โดยกำหนดว่าในแต่ละมื้อควรรับประทานอะไรและปริมาณเท่าไร การสนับสนุนให้ญาติเอื้ออำนวยต่อการควบคุมอาหารและการไม่ซื้ออาหารที่ต้องการควบคุมเข้ามารับประทานในบ้าน ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแบ่งปันประสบการณ์การดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานอื่นๆ สามารถนำเอาไปปรับใช้กับการดูแลตนเองได้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของกาญจนา (2554) (ภาคผนวก ข) พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารดังกล่าวสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 34 เรื่อง ซึ่งแบ่งหลักฐานระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง หลักฐานระดับ 2 จำนวน 1 เรื่อง หลักฐานระดับ 3 จำนวน 19 เรื่องและหลักฐานระดับ 4 จำนวน 13 เรื่อง มีจุดเด่นคือ (1) มีรูปแบบและขั้นตอนที่ชัดเจนตั้งแต่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาของการเข้าร่วมกิจกรรม (2) มีการประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งได้แก่ (2.1) ประเมินภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย โดยพยาบาลเป็นผู้คำนวณค่าดัชนีมวลกายให้แก่ผู้ป่วย อีกทั้งยังสอนการคำนวณค่าดัชนีมวลกายโดยใช้สูตรคำนวณคือ น้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูง (เมตร)² และเมื่อพยาบาลทราบค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยแล้ว จึงทำการแจ้งให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบว่าค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ (2.2) ประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมการบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาโดยใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง และสรุปข้อมูลดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบ (2.3) ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและแนวทางในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (2.4) สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการตั้งต้นลงมือปฏิบัติทันที โดยการนำภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมดู (2.5) ตั้งเป้าหมายการควบคุมอาหารร่วมกันระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และครอบครัว เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาอยู่ในระดับปกติ (3) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ โอเร็มมาใช้ (4) การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผล เป็นขั้นตอนการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม และติดตามญาติในการควบคุมการรับประทานอาหารและช่วยเหลือผู้ป่วยในรายที่มีอุปสรรคในการควบคุมอาหารได้ โดยการติดตามประเมินผลในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมเป็นระยะๆ ทุก 6 เดือน และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กรณีมีปัญหาอุปสรรคและเสริมแรงในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี และเยี่ยมบ้าน

ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม และติดตามประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หรือ ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติดังกล่าวยังมีข้อที่ควรพัฒนา คือ ไม่ได้กำหนดระยะเวลาและรายละเอียดที่ชัดเจนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น ไม่ได้กำหนดระยะเวลาในแต่ละระยะที่ชัดเจน มีเพียงระยะเวลาของการเข้าร่วมกิจกรรม การติดตามประเมินผลในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน คือ ทุก 6 เดือน เชื่อมบ้านเมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม และเป็นแนวปฏิบัติที่เพิ่งพัฒนา ยังไม่มีการนำไปทดสอบผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในควบคุมอาหารกับผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของกาญจนา (2554) ให้มีความชัดเจนขึ้นใน 3 ด้าน คือ จัดโปรแกรมเป็น 8 สัปดาห์ โดยประยุกต์แนวทางการจัดโปรแกรมของสุกาญจน์, มลินี, ธราดล, และทัศนีย์ (2558) การกำหนดระยะเวลาในแต่ละระยะที่ชัดเจน โดยเฉพาะระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติควรใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 20 นาที ใช้การสนทนาที่เป็นกันเองและเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ คุ่นเคยและเปิดใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์, อโนทัย, ศศิธร, และคณะ (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ที่ใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจกระตุ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยบอกปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเอง พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด

สำหรับการติดตามประเมินผลในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมเป็นระยะเวลาทุก 1 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 2 มีการเยี่ยมบ้านทันที เพื่อติดตามต่อเนื่องในเรื่องการนำความรู้ที่ได้ลงสู่การปฏิบัติทันทีหรือไม่ ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จคืออะไร พร้อมสาธิตการแลกเปลี่ยนอาหารจริง โดยประยุกต์จากการศึกษาของแสงทอง, ฉัญฉวีรา, และวันทนา (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม สุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันเลือดลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีขึ้น และการศึกษาของรังสิมา (2558) ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ที่มีการประเมินผลพฤติกรรมดูแลตนเองด้วยการเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่องและกระตุ้นทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เพื่อประเมินผลความสำเร็จ

ตามเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดลดลง เพิ่มเติมการเตือนตนเองด้วยการบันทึกอาหารตาม โชนสี ในแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอนาทม จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันและบุคลากรด้านสาธารณสุข มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องต่อไป สำหรับการตั้งเป้าหมายการควบคุมอาหารร่วมกันระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และครอบครัวนั้น ผู้วิจัยได้สอดแทรกโดยการนำหลักการสอนด้านศาสนามาเป็นเครื่องเตือนใจ ด้วยการกล่าวซู โกรและการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่ออัลลอฮ (ช.บ.) กล่าวคือ ต้องเป็นบ่าวที่ดีและต้องทักวาต่อพระองค์อย่างแท้จริง (ปริญญา, 2549) เนื่องจากการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นนิมัตอย่างหนึ่งจากพระเจ้าที่ควรจะรักห่วงแหน ดูแลทะนุถนอมเป็นอย่างดีและจะต้องรู้จักขอบคุณผู้ให้นิมัตชิ้นนี้ด้วย และการรักษาสุขภาพและร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงนั้นเป็นหน้าที่ของมุสลิม เพราะร่างกายของเรานั้นเป็นอمانةที่อัลลอฮ (ช.บ.) ทรงฝากเอาไว้ จะต้องดูแลรักษาให้ดี หากร่างกายของเราสมบูรณ์ดี เราก็จะสามารถประกอบศาสนกิจ และปฏิบัติภารกิจของเราได้โดยครบถ้วนตามสิทธิ และหน้าที่ที่เราพึงมี (ดำรงและมุหมัดคาโอะ, 2549)

ส่วนการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ระดับน้ำตาลลดลงอยู่ในระดับปกตินั้นแก้ไขโดยการยืดหยุ่นมากขึ้นคือ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายเพื่อให้ระดับน้ำตาลลดลงจากเดิมอย่างต่อเนื่อง เพิ่มเติมตัวอย่างรายการอาหารในช่วงถือศีลอดในคู่มือการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เพื่อลดความเครียดในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมและเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ โดยการบันทึกเป็นกราฟเส้นให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงระดับน้ำตาลในเลือดลงในสมุดบันทึกเพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองและภาพที่ใช้มีสีสันสดใส สะดุดตา และใช้สีสันในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้นและลดระดับน้ำตาลในเลือดและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอาหาร โดยใช้แบบประเมินอะกรี 2 (AGREE II, 2009) มีผู้ประเมิน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการอาหารเบาหวาน 2 ท่าน คือ (1) ดร.วันดี คหะวงศ์ และ (2) รศ. วิมลรัตน์ จงเจริญ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาบำบัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่าเป็นแนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือและมีคุณภาพ โดยได้ค่าคะแนนประเมินคุณภาพร้อยละ 81.88 (ภาคผนวก ค) ซึ่งบ่งชี้ว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ ดังนั้นจึงแสดงว่าแนวปฏิบัติสามารถใช้เป็นเครื่องมือ

สำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวมีประเด็นปัญหาที่สอดคล้องกับปัญหาในหน่วยงาน และที่สำคัญแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่พัฒนาโดยกาญจนา (2554) มีคุณภาพ มีความเหมาะสมกับบริบท มีกลุ่มเป้าหมายที่คล้ายคลึงกัน และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวมาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมเบาหวาน โดยคาดว่ากรนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ จะเกิดผลลัพธ์ในเรื่องการควบคุมพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการใช้โปรแกรมหรือแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลง ดังการศึกษาต่อไปนี้

การศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (รศสุคนธ์, 2555) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน กลุ่มควบคุมได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหาร เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์โดยการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและให้การพยาบาลแบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและคู่มือการเลือกรับประทานอาหารไว้ทบทวนที่บ้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นและค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

การศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ศิริลักษณ์, ทิพมาศ, และเพลินพิศ, 2558) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 2-3 จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ขั้นตอนได้แก่การติดตามตนเอง การเสริมแรงตนเองและการประเมินตนเอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า 8 ชั่วโมงและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานทำกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกนกพร, พรนภา, และอัครอนงค์ (2551) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของสุกาญจน์, มลินี, ธราดล, และทัศนีย์ (2558) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในสถานีกาชาดที่ 2 กรุงเทพมหานคร และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 28 คน โปรแกรมการกำกับตนเอง ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะเลือกรับประทานอาหาร การใช้ตัวแบบทั้งมีชีวิตและตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ของปรียาภรณ์ (2554) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์จังหวัดนครนายก จำนวน 20 คน โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 1 ปี 2 เดือน ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าแตกต่างกัน

กัน ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมแตกต่างกัน

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับส่งเสริมการควบคุมเบาหวานในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับส่งเสริมการควบคุมเบาหวานในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ปิยพงศ์, 2553)

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่ามีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (กนกพร, ประทุม, และพิกุล (2557)

อย่างไรก็ตามการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมหรือแนวปฏิบัติพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ไม่ได้เจาะจงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ซึ่งพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม โดยเฉพาะมีค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของกาญจนา (2554) เพิ่งพัฒนายังไม่มีการนำไปทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในพฤติกรรมควบคุมอาหาร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ โอเร็ม (Orem, 2001) เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับบริบท และวัฒนธรรมของการรับประทานอาหาร

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จึงวัดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของเฉลิมศรี (2554) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ด้านความสามารถในการปฏิบัติการควบคุมอาหาร บูรณาการเข้ากับชงโภชนาการ (คณะกรรมการจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย, 2543 อ้างในเฉลิมศรี, 2554) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ โดยแบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบดังนี้ (1) ชนิด

อาหารที่รับประทาน 13 ข้อ (2) ปริมาณของอาหารที่รับประทาน 8 ข้อ และ (3) แบบแผนมื้ออาหาร 3 ข้อ ซึ่งข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 9, 19, และ 21 ที่เหลือเป็นคำถามในด้านลบมี 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ดังนี้ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้งหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ทำนปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ สำหรับการกำหนดค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการควบคุมอาหารในแต่ละข้อทั้งด้านบวกและลบ ดังนี้ (1) ค่าคะแนนด้านบวก ประกอบด้วย ปฏิบัติประจำ เท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน (2) ค่าคะแนนด้านลบ ประกอบด้วย ปฏิบัติประจำ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 5 คะแนน

2. การวัดระดับน้ำตาลในเลือด ใช้เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด AccuChek รุ่น Performa ตรวจโดยวิธีเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose) แนะนำให้ใช้นิ้วนางหรือนิ้วกลาง แนะนำเจาะบริเวณด้านข้างของปลายนิ้ว สัมผัสเลือดกับแถบตรวจให้ปริมาณเลือดเต็มพอดีกับแถบ รออ่านค่าระดับน้ำตาลในเลือด (ค่าปกติ = 70 - 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) วัดผล 2 ครั้งก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

สำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงของผู้ที่ควบคุมโรคไม่ได้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ADA, 2012; ADA, 2017)

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งอาจส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องควบคุมโรคเบาหวานโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยหลักการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย (1) การควบคุมอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การจัดการความเครียด และ (4) การใส่ใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น การที่จะสามารถควบคุมอาการของโรคเบาหวานได้สำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับทั้งตัวของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการใช้แนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอาหาร และการนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานนั้น ผลการศึกษาพบว่าส่วนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมเบาหวานดีขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ไม่ได้เจาะจงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม แต่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของกาญจนา (2554) ที่พัฒนาขึ้นมา โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) และบูรณาการร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาล ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวยังไม่มีการนำไปทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในพฤติกรรมควบคุมอาหาร

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ แนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวประกอบด้วย 4 ระยะ คือ (1) ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ (2) ระยะที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมควบคุมอาหารและการวางเป้าหมายร่วมกัน (3) ระยะที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย (3.1) การสอนได้แก่ การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน การเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน จำนวนมือหรือความถี่ที่ควรรับประทานและสามารถใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยนได้ถูกต้องและเหมาะสมทั้งในช่วงปกติและและในช่วงเดือนรอมฎอน (3.2) การชี้แนะโดยการให้ทางเลือกในการรับประทานอาหารในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและลงมือปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ได้เหมาะสมทั้งในช่วงปกติและและในช่วงเดือนรอมฎอน (3.3) การสนับสนุน เป็นการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมและสามารถวางแผนพร้อมลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเหมาะสมทั้งในช่วงปกติและและในช่วงเดือนรอมฎอน และ (3.4) การสร้างสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการที่จะส่งเสริมให้ เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและลงมือปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ได้เหมาะสมทั้งในช่วงปกติและในช่วงเดือนรอมฎอน และ (4) ระยะที่ 4 การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผล และผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ มีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่ดีขึ้นและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังใช้แนวปฏิบัติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผล 2 ครั้งก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest two group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O_1	X_1	O_2
กลุ่มควบคุม	O_3	X_2	O_4

X_1 หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

X_2 หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

O_1 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

O_2 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

O_3 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ณ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีดังนี้

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 1 ปี
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก่อนเข้าร่วมการทดลอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5
4. มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ
6. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถอ่านภาษาไทยได้
7. สามารถสื่อสาร และติดต่อทางโทรศัพท์ได้
8. เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างได้ครบถ้วน
9. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) $1-\beta$ เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.8 โดยพิจารณาจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ คือการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (รสสุคนธ์, 2555) ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มทดลองเป็น 116.38, SD = 9.40 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 97.03, SD = 6.03 ซึ่งคำนวณหาค่า Effect size ได้ = 0.78 (ภาคผนวก ง) จากนั้นนำค่า (Power) $1-\beta = 0.80$ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $\alpha = .05$ และค่าขนาดของความแตกต่าง (effect size) = 0.80 มาเปิดตารางสำเร็จรูป Estimated ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการวิจัยเท่ากับ 25 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

บริบทของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (Standard level hospital) จำนวน 409 เตียง สามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะได้ ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นมุสลิมร้อยละ 80 มีการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษา โดยเปิดให้บริการทุกวันพุธและวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 08.00 - 12.00 น.รูปแบบการให้บริการ มีดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยมาถึงที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลประจำคลินิกโรคเบาหวานจะเตรียมแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ต้องมารับการตรวจ
2. ส่งผู้ป่วยเจาะเลือดโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนพบแพทย์
3. พยาบาลหน้าห้องตรวจทำการเรียกตามคิว และซักประวัติทางด้านสุขภาพและจัดทำแฟ้มประวัติในกรณีที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ถึงอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ถ้าเป็นรายเก่าจะได้รับการซักประวัติและซักถามอาการแสดงเมื่ออยู่ที่บ้าน

4. พยาบาลตรวจร่างกายเบื้องต้น ค้นหาปัญหา โดยวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ประเมินภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมของผู้ป่วยพร้อมเตรียมผลระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง
5. ส่งผู้ป่วยเข้าพบโภชนากรในกรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่าง น้อย 8 ชั่วโมงมากกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยเปิด โอกาสให้ผู้ดูแลร่วมฟังด้วย
6. ส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เพื่อทำการตรวจร่างกาย ให้การรักษาประเมินภาวะแทรกซ้อน และโรคร่วมของผู้ป่วยอย่างละเอียด
7. เกสซกรมาให้คำแนะนำเรื่องการ ใช้จ่ายที่บ้านแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล กรณีที่มีปัญหา เกี่ยวกับการใช้จ่าย
8. ในรายที่ไม่ได้มีอาการแทรกซ้อน แพทย์นัดผู้ป่วยมาพบอีก 1 เดือน ส่วนรายที่มี ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงมากกว่า 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มี ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม นัดมาพบแพทย์ซ้ำ ภายใน 2 สัปดาห์
9. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่อง เช่น ไม่มีผู้ดูแลหรือไม่กล้าคิด อินชูลินด้วยตนเอง ทางคลินิกโรคเบาหวานจะมีการประสานงานกับทีมเวชกรรมในการติดตาม เยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การเลือกและการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อให้กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองมีลักษณะตรงกันหรือมีคุณสมบัติใกล้เคียง ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ ระยะเวลาการเป็นโรค หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 30 รายที่จัดเข้ากลุ่มทดลองจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานในวันพุธ ซึ่งได้รับการจัดให้ เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 30 รายที่เข้ากลุ่มควบคุมจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่ คลินิกเบาหวานในวันพฤหัสบดี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีอิสระจากกัน และเพื่อควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน มุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ให้มีความ

แตกต่างกัน เพื่อสามารถอธิบายได้ว่าผลของตัวแปรตามมาจากตัวแปรต้นเท่านั้นทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ด้วยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ออกเล่ากับผู้ป่วยรายอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก จ) ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย มีทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) สถานภาพสมรส (4) ระดับการศึกษา (5) อาชีพ (6) รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน (7) ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย (8) ผู้ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชน (9) ระดับความดันโลหิต (10) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (11) ระดับ ฮีโมโกลบินเอวันซี (12) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือน (13) โรคร่วม (14) น้ำหนัก (15) ส่วนสูง (16) รอบเอว (17) ยาที่รับประทานประจำ และ (18) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

1.1.2 ข้อมูลบริโภคนิสัย มีทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ (1) จำนวนมื้ออาหารแต่ละวัน (2) ชนิดของอาหารที่ชอบรับประทาน (3) อาหารที่ชอบรับประทานแต่ละมื้อ และ (4) การรับประทานอาหารนอกบ้าน

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการควบคุมอาหารของคนไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของเฉลิมศรี (2554) ซึ่งสร้างขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามชนิดอาหารที่รับประทาน 13 ข้อ ปริมาณของอาหารที่รับประทาน 8 ข้อ และแบบแผนมื้ออาหาร 3 ข้อ ซึ่งข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 9, 19, และ 21 ที่เหลือเป็นคำถามในด้านลบมี 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้งหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้งหรือ 3- 4 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

กำหนดค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการควบคุมอาหารในแต่ละข้อทั้งด้านบวกและลบ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคยปฏิบัติ	1	5

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมโดยรวมและรายด้าน ใช้การจัดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ใช้วิธีการหาอันตรายภาคขึ้น โดยการนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (สุวิมล, 2546) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเป็น 3 ระดับและแปลผล ดังนี้

1. การแปลผลรายข้อ

- คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับไม่ดี
- คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี

2. การแปลผลคะแนนรายด้าน

2.1 ด้านชนิดอาหารที่รับประทาน มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 – 65 คะแนน

ดังนี้

คะแนน 1.00 – 22.33 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

- คะแนน 22.34 – 43.67 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนน 43.68 – 65.0 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี
- 2.2 ด้านปริมาณของอาหารที่รับประทาน มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 1–40 คะแนน ดังนี้
- คะแนน 1.00 – 14.00 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับไม่ดี
- คะแนน 14.01 – 27.00 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนน 27.01 – 40.0 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี
- 2.3 ด้านแบบแผนมื้ออาหาร มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 – 15 คะแนน ดังนี้
- คะแนน 1.00 – 5.66 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับไม่ดี
- คะแนน 5.67 – 10.33 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนน 10.34 – 15.00 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี
3. การแปลผลคะแนนโดยรวม มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 – 120 คะแนน ดังนี้
- คะแนน 1.00 – 40.66 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับไม่ดี
- คะแนน 40.67 – 80.33 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนน 80.34 – 120.00 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (ภาคผนวก ก)
- เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มี

องค์ประกอบด้วยระยะในการปฏิบัติ ดังนี้ ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ระยะที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ระยะที่ 3 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และแก้ปัญหาาร่วมกัน เป็นการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเลือกใช้เพียง 4 วิธี ได้แก่ (1) การสอน (2) การชี้แนะ (3) การสนับสนุนและ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อม และ ระยะที่ 4 การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผล (2) คู่มือสำหรับผู้ป่วยในการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ (3) แผนการสอนสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ โมเดลอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (content validity index) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ คู่มือสำหรับการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม โมเดลอาหารและแผนการสอนสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม โดยตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคเบาหวานจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1 ท่าน แพทย์มุสลิมที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานจำนวน 1 ท่าน โดยตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ด้วยการลงความเห็นทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง คือ เพิ่มเติมเนื้อหาในการเน้นการรับประทานอาหารในช่วงเดือนถือศีลอด และการสังเกตอาการของตัวเอง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการรักษาเบื้องต้น

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) คือ การตรวจสอบความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่ได้จากการวัด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วย จำนวน 20 ราย และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเกณฑ์ค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ 0.80 หลังการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

3. การศึกษานำร่อง ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่อง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้วิจัยทำการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 1 ราย ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจัดให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเวลา 2 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง แล้วจึงประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างไม่ให้บอกเล่ากับผู้ปวยรายอื่น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้บันทึกปัญหาอุปสรรคระหว่างการศึกษานำร่อง ซึ่งได้แก่ การเพิ่มรายการอาหารจานเดียวที่พบเจอในท้องถิ่นพร้อมปริมาณแคลอรี เพื่อสะดวกในการคำนวณปริมาณอาหารที่รับประทาน และเพิ่มเติมคำอธิบายเป็นตัวเลขในช่องคำชี้แจงของแบบสอบถาม เนื่องจากเมื่ออ่านแล้วไม่สะดวกที่จะย้อนกลับไปดูซ้ำ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติและปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผล 2 ครั้งก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest two group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมกรควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มีการดำเนินการดังนี้

1.1 ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของกาญจนา (2554) ที่ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไว้แล้ว

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์

รายละเอียดในการทำวิจัย และขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงาน ผ่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และกลุ่มงานแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวาน สํารวจรายชื่อ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษา และระดับน้ำตาลในเลือดจากแฟ้มทะเบียนประวัติผู้ป่วยเบาหวาน

1.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์และช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมถึงวิธีการใช้แบบสอบถามแก่ผู้ร่วมงานในหน่วยงานทราบ

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คนเป็นนักวิชาการด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน โดยเตรียมในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย โดยอธิบายวิธีการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยการเข้าเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และดำเนินการวิจัยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้ ระยะเวลาที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ระยะเวลาที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการวางแผนเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ระยะเวลาที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ ระยะเวลาที่ 4 การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผลทางโทรศัพท์และนัดมาพบที่โรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยใช้การสนทนาที่เป็นกันเองและเป็นมิตรเพื่อให้เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจ เริ่มจากผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ สนทนา พูดคุยเรื่องทั่วไปด้วยท่าทางที่เป็นกันเองและเป็นมิตร พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อในใบยินยอมเพื่อแสดงถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินสภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ผู้ให้การดูแลเมื่อ

เจ็บป่วย ผู้ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชน ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โรคประจำตัวและโรคร่วม น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ยาที่รับประทานประจำและระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และข้อมูลบริโภคนิสัย ประกอบด้วย (1) จำนวนมื้ออาหารแต่ละวัน (2) ชนิดของอาหารที่ชอบรับประทาน (3) อาหารที่ชอบรับประทานแต่ละมื้อ และ (4) การรับประทานอาหารนอกบ้าน และผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ประกอบด้วย ข้อคำถามชนิดอาหารที่รับประทาน ปริมาณของอาหารที่รับประทาน และแบบแผนมื้ออาหาร ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนต่อไปในการทำวิจัย

ระยะที่ 2 ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน โดยผู้วิจัย มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย ความต้องการพลังงานในแต่ละวันและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารโดยพยาบาลเป็นผู้คำนวณค่าดัชนีมวลกายให้แก่ผู้ป่วย และสอนการคำนวณค่าดัชนีมวลกายโดยใช้สูตรคำนวณคือ น้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร)² และเมื่อพยาบาลทราบค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยแล้วจึงแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่

2.2 ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร โดยประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมกรรมการบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ซึ่งใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง สาระในแบบบันทึกประกอบด้วย รายการอาหาร 6 หมวด ได้แก่หมวด ข้าว - แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ นมและน้ำมัน และมื้ออาหาร ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน มื้อเย็นและระหว่างมื้อ พยาบาลเป็นผู้คำนวณพลังงานที่ได้รับต่อวัน และสรุปข้อมูลดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบพลังงานที่ได้รับต่อวันว่าปกติ น้อยกว่าหรือมากกว่าปกติ

2.3 ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน สำหรับการประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินการประเมินความรู้ในผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ให้เวลาในการตอบคำถามของผู้ป่วย ใช้ภาษาวิในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจมากขึ้น และแบ่งเนื้อหาออกเป็นหัวข้อย่อยๆ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ความหมายของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคเบาหวานกำเริบ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ และการวางเป้าหมายร่วมกันเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแก้ปัญหาาร่วมกัน ประกอบด้วย

1. การสอน ซึ่งประกอบด้วย

1.1 สอนเรื่องพลังงานที่ผู้ป่วยต้องการในแต่ละวัน และให้ฝึกคำนวณความต้องการพลังงานของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างง่าย ดังนี้

ใน 1 วันต้องการพลังงานเท่าไร โดยการคำนวณจากตาราง 1

ตาราง 1

เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)	กิจกรรมทางกาย		
	น้อย (Kcal/d.) (นั่งๆ นอนๆ)	ปานกลาง (Kcal/d.) (นั่งส่วนใหญ่)	มาก (Kcal/d.) (เดินส่วนใหญ่)
น้ำหนักเกินหรืออ้วน (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก/ม ²)	20	25	30
น้ำหนักปกติ (ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5-22.9 กก/ม ²)	25	35	40
น้ำหนักน้อย (ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก/ม ²)	30	40	45

ความต้องการพลังงานต่อวัน เท่ากับกิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวันคูณน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ตัวอย่างเช่น นายแดงหนัก 64 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร ทำงานเป็นเสมียนบริษัท ลักษณะงานส่วนใหญ่ นั่งโต๊ะ นายแดงต้องการพลังงานต่อวันเท่าไร

$$\begin{aligned} \text{หาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) จากสูตร} &= \text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)} / \text{ส่วนสูง (เมตร)}^2 \\ &= 64 / (1.6)^2 \\ &= 25 \text{ กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่า อ้วน} \end{aligned}$$

จากนั้นหาความต้องการพลังงานต่อวันของนายแดง = 25 × 64 = 1,600 กิโลแคลอรี

1.2 สอนการเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน จำนวนมื้อหรือความถี่ที่ควรรับประทานและสามารถใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยพยาบาลประเมินจากใบงานที่เกี่ยวข้องกับ

การใช้อาหารแลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารที่สอดคล้องในคู่มือ พยาบาลจะทำการประเมินความรู้ในการใช้อาหารแลกเปลี่ยนหรือ โมเดลอาหารทั้งในช่วงปกติและในช่วงเดือนรอมฎอน โดยการแจกคู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานแก่ผู้ป่วยและยกตัวอย่างชนิดของอาหารที่มีในท้องถิ่น อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่ให้พลังงานสูงและอาหารที่ได้รับการปรุงแต่งมากให้เห็นชัดเจน การฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร โดยใช้โมเดลอาหาร การสาธิตและมีการสาธิตย้อนกลับโดยผู้ป่วยและญาติ และมีการบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ในแบบบันทึกอาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมง ในขั้นตอนนี้จึงมีองค์ประกอบของโปรแกรมได้แก่ แผนการสอนและสื่อได้แก่ โมเดลอาหาร อาหารจริงในท้องถิ่น แผ่นพลิกและคู่มือในการส่งเสริมการอาหาร รวมทั้งใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ในการควบคุมอาหาร การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ

2. ชี้นำ โดยส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการแนะนำทางเลือกในการรับประทาน อาหารจานสุขภาพ หรือแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหารแบบใช้อุ้งมือเป็นสัญลักษณ์ในการคำนวณสัดส่วนของอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถรับประทานได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่ ในช่วงปกติ ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมรับประทานผัก ผลไม้รสไม่หวานจัด ก่อนการรับประทานอาหารคาว สำหรับในงานเลี้ยงต่างๆ ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมเลือกรับประทานผักในปริมาณที่มากกว่าอาหารจำพวกแป้งและเนื้อสัตว์ หรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมรับประทานอาหารไปจากบ้านก่อนการไปงานเลี้ยงเพื่อลดความหิวและจะได้รับประทานอาหารที่งานเลี้ยงได้ลดลง เครื่องดื่มควรเลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวาน สำหรับในช่วงเดือนรอมฎอน ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอินทผลัม 1 ผลและดื่มน้ำเปล่าตามมากๆ แทนการรับประทานขนมหวานหรือดื่มน้ำหวาน และอาหารควรเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการ ต้ม นึ่ง ย่าง แทนอาหารที่มีการปรุงด้วยการผัดหรือทอด หรืออาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ

3. การสนับสนุน เป็นการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาสนับสนุนและส่งเสริมให้ญาติเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการเลือกซื้ออาหาร เตรียมอาหารและการรับประทานอาหารเหมือนกับผู้ป่วย กล่าวคือ ในการเลือกซื้ออาหาร ญาติไม่ควรซื้ออาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมไม่สามารถรับประทานได้เข้ามาในบ้าน ควรเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผัก ผลไม้ไม่หวานจัด ในการเตรียมอาหารควรหลีกเลี่ยงการเตรียมอาหารด้วยวิธีการผัด ทอด หรือวิธีการที่ต้องใช้น้ำมันในการปรุง

ควรปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง หรือย่างแทน และนอกจากนี้ญาติควรรับประทานอาหารชนิดเดียวกันหรือสำหรับเดียวกับผู้ป่วย

4. สร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีสิ่งเอื้ออำนวยต่อการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเลือกรับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้องและเหมาะสม การใช้สื่อเกี่ยวกับอาหารที่มีอยู่ให้เหมาะสม เช่น คู่มือ ตัวอย่างโมเดลอาหาร และรูปภาพตัวอย่างอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถศึกษาและเรียนรู้ได้ ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการควบคุมอาหาร โดยกำหนดว่าในแต่ละมื้อควรรับประทานอะไรและปริมาณเท่าไร การสนับสนุนให้ญาติจัดหาเครื่องตวงวัดในครัวเรือนที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการควบคุมอาหารและการไม่ซื้ออาหารที่ต้องการควบคุมเข้ามารับประทานในบ้าน

ก่อนจบการให้ความรู้ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามผู้ป่วยถึงเวลาที่สะดวกในการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการและอธิบายข้อสงสัยหากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงหลักความรู้ที่ผู้วิจัยได้ให้แก่ผู้ป่วย และสอบถามผลที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7 โดยจะโทรศัพท์ติดตามในวันที่ 7 ของแต่ละสัปดาห์

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีสิ่งเอื้ออำนวยต่อการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้องและเหมาะสม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3, 5, 6 และ 7) ติดตามทางโทรศัพท์ โดยการกล่าวทักทาย และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย สอบถามข้อสงสัย หรือข้อข้องใจที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ เน้นย้ำการมาพบแพทย์ตามนัดและอธิบายถึงกิจกรรมที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4)

ประเมินปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ใช้การสนทนาที่เป็นกันเองและเป็นมิตร โดยผู้วิจัยทักทายผู้ป่วยและญาติ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหารที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย โดยพยาบาล ผู้ป่วยและญาติร่วมกันคำนวณค่าดัชนีมวลกายให้แก่ผู้ป่วยควบคู่กัน หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร โดยการประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมการบริโภคในแต่ละวันที่ผ่านมาเพิ่มเติม ประเมินความรู้ที่ยังขาดและปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถควบคุมอาหารได้

ระยะที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ วางเป้าหมายและแก้ปัญหาาร่วมกัน เมื่อพบว่ายังมีปัญหาในเรื่องใดที่ต้องได้รับการแก้ไขหรือต้องการความรู้หรือทักษะเพิ่มเติม จะทำหน้าที่สอน ชี้แนะ สนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติยังพร่องและต้องได้รับความรู้และทักษะเพิ่มเติม พร้อมให้กำลังใจและเสริมแรงในเรื่องที่ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ ก่อนกลับผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าในสัปดาห์ที่ 2-3 ถ้าผู้ป่วยและญาติมีปัญหาในการควบคุมอาหาร สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะขออนุญาตโทรศัพท์สอบถามอาการและปัญหาในสัปดาห์ที่ 3 และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8)

ประเมินปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยดำเนินการในระยะที่ 4 ดังนี้

ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยสรุปผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเปรียบเทียบกับในสัปดาห์แรก และมีการประสานทีมเวชกรรมให้มีการติดตามต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดการวิจัยถ้ายังมีปัญหา ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติพร้อมมอบของที่ระลึกที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.2 กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ดำเนินการดังต่อไปนี้

2.2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

2.2.2 ผู้วิจัยทำการประเมินสภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้ให้การสนับสนุน ด้านสุขภาพในชุมชน ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โรคประจำตัวและโรคร่วม น้ำหนัก ส่วนสูง และรอบเอว และข้อมูลบริโภค นิสัย ประกอบด้วย (1) จำนวนมื้ออาหารแต่ละวัน (2) ชนิดของอาหารที่ชอบรับประทาน (3) อาหาร ที่ชอบรับประทานแต่ละมื้อ และ (4) การรับประทานอาหารนอกบ้าน

2.2.3 ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุม อาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ประกอบด้วย ข้อคำถามชนิดอาหารที่รับประทาน ปริมาณของอาหาร ที่รับประทาน และแบบแผนมื้ออาหาร ใช้เวลาในการประเมิน 20 นาที / ครั้ง

2.2.4 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เช่น การให้ความรู้ราย กลุ่มโดยโภชนากร การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการนัดพบแพทย์

2.2.5 สัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการ ควบคุมอาหาร ผู้วิจัยแนะนำและชักชวนเข้าร่วมปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุม อาหารและแจกคู่มือเพื่อกลับไปอ่านที่บ้าน วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติพร้อมมอบของที่ระลึก ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการแนะนำ ตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่ออธิบายเกี่ยวกับวิจัยครั้งนี้ มีการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบ ถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่ม ตัวอย่าง นอกจากนี้ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถ ปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย และยุติการร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่ได้จากการ สอบถามทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอใน ภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษา หากมีข้อสงสัยติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้กลุ่มตัวอย่าง ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข)



ภาพ 2. สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ผู้ให้การสนับสนุน ด้านสุขภาพในชุมชน ระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวัน ซี จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โรคร่วม น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ยาที่รับประทานประจำ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และข้อมูลบริโภคนิสัย ได้แก่ จำนวนมื้ออาหารแต่ละวัน ชนิดของอาหารที่ชอบรับประทาน อาหารที่ชอบรับประทานแต่ละมื้อ และการรับประทานอาหารนอกบ้านวิเคราะห์โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีชนิด 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) หรือสถิติทีคู่

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) หรือสถิติทีอิสระ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ 2 ครั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 60 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนกรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2560 นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบริบทนิสัยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 6 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 7 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาทดสอบ โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละและใช้สถิติที่อิสระ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันในด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านระดับการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 86.67 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีอายุมากกว่า 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา 46 – 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.34 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 30 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30 มากกว่าครึ่งมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.67 ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 43.33 มากกว่าครึ่งไม่มีผู้ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 80 มากกว่าครึ่งมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.34 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 96.70 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวาน โดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 96.67 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งได้รับยาเบาหวานเป็น metformin + glipizide และได้รับยารักษาโรคร่วมเป็น amlodipine คิดเป็นร้อยละ 63.3 สำหรับในกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 63.34 เป็นเพศหญิง โดยมีอายุมากกว่า 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา 46 – 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 23.34 มากกว่าครึ่งมี

รายได้ 5,000 - 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.67 ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 30 เกือบทั้งหมดไม่มีผู้ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 100 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 93.33 ทั้งหมดไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งได้รับยาเบาหวานเป็น metformin + glipizide และได้รับยารักษาโรคร่วมเป็น amlodipine คิดเป็นร้อยละ 60 เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบของทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันในด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านระดับการศึกษา ($p = .01$) รายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละและความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ($N = 60$)

ข้อมูลส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p -value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					3.20	0.74
ชาย	4	13.33	11	36.66		
หญิง	26	86.67	19	63.34		
อายุ (ปี) M = 55.65, S.D. = 11.21, Min = 26, Max = 78)					0.49	0.92
26 - 35	1	3.33	1	3.33		
36 - 45	4	13.33	6	20.00		
46 - 55	10	33.33	9	30.00		
มากกว่า 55	15	50.00	14	46.67		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		x^2	<i>p-value</i>
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส					3.27	0.19
โสด	1	3.33	0	0		
คู่	25	83.34	21	70.00		
หม้าย	4	13.33	9	30.00		
ระดับการศึกษา					10.63	0.01
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	30.00	12	40.00		
ประถมศึกษา	12	40.00	18	60.00		
มัธยมศึกษา	8	26.67	0	0		
อนุปริญญา	1	3.33	0	0		
อาชีพ					4.20	0.38
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	30.00	7	23.34		
เกษตรกร	2	6.67	1	3.33		
ค้าขาย	4	13.33	1	3.33		
รับจ้าง	15	50.00	21	70.00		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					3.82	0.15
น้อยกว่า 5,000	17	56.67	13	43.33		
5,000 – 10,000	11	36.66	17	56.67		
มากกว่า 20,000	2	6.67	0	0		
ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย					3.73	0.16
คู่สมรส	14	46.67	9	30.00		
พี่น้อง	3	10.00	0	0		
บุตร	13	43.33	21	70.00		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	<i>p-value</i>
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชน					6.35	0.09
ไม่มี	21	70.00	27	90		
โต๊ะอิหม่าม/ผู้นำชุมชน	0	0	1	3.33		
อสม.	8	26.67	2	6.67		
จนท.รพ.สต.	1	3.33	0	0		
โรคร่วม					1.02	0.31
ความดันโลหิตสูง	29	96.70	30	100		
ไม่มี	1	3.30	0	0		
ระดับความดันโลหิต					0.07	0.79
ปกติ	12	52.20	11	36.67		
สูงกว่าปกติ	18	48.60	19	63.33		
ดัชนีมวลกาย					0.35	0.56
ปกติ	1	3.33	2	6.67		
มากกว่าปกติ	29	96.70	28	93.33		
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยการนอนพัก					1.02	0.32
รักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่เคย	29	96.67	30	100		
มากกว่า 1 ครั้ง	1	3.33	0	0		
ยาที่รับประทานประจำเบาหวานได้แก่					0.00	1.00
metformin + glipizide	19	63.3	18	60.0		
metformin+ glibenclamide	11	36.7	12	40.0		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		x^2	<i>p-value</i>
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ยารักษาโรคร่วม					1.22	.75
amlodipine	19	63.3	18	60.0		
amlodipine + enalapril	6	20.0	7	23.3		
amlodipine + HCTZ						
+ betaloc	4	13.3	5	16.7		
ไม่มี	1	3.3	0	0		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน					.096	.953
1-5 ปี	8	26.7	9	30.0		
6-10 ปี	8	26.7	8	26.7		
มากกว่า 10 ปี	14	46.7	13	43.3		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลบริโภคนิสัยของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่งรับประทานอาหารเช้าวันมากกว่า 3 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 73.33 ชนิดของวิธีการปรุงอาหารที่ชอบรับประทานส่วนใหญ่เป็นทอด คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็นผัดและทอด ร้อยละ 20 และผัด ทอดและแกงกะทิ ร้อยละ 16.67 อาหารที่ชอบรับประทานในแต่ละมื้อเป็นมื้อเที่ยงคือข้าว คิดเป็นร้อยละ 96.67 รองลงมาเป็นมื้อเช้าคือขนมหวาน ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่การรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นมื้อเช้าและมื้อเย็น คิดเป็นร้อยละ 43.33 เกือบครึ่งมีการรับประทานอาหารเช้าและเย็นนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่งรับประทานอาหารเช้าวันมากกว่า 3 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ชนิดของวิธีการปรุงอาหารที่ชอบรับประทานส่วนใหญ่เป็นทอด คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาเป็นทอดและแกงกะทิ ร้อยละ 26.67 และผัด ทอดและแกงกะทิ ร้อยละ 13.33 อาหารที่ชอบรับประทานในแต่ละมื้อเกือบทั้งหมดเป็นมื้อเช้าคือขนมและมื้อเย็นคือข้าวคิดเป็น ร้อยละ 96.67 รองลงมาเป็น

มือเที่ยงคือข้าว ร้อยละ 90 ครั้งหนึ่งไม่มีการรับประทานอาหารนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา เป็นมือเช้า คิดเป็นร้อยละ 23.33 เมื่อนำข้อมูลบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการทดสอบของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกันในด้านข้อมูลบริโภคนิสัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านการ รับประทานอาหารนอกบ้าน รายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบจำนวนร้อยละและความแตกต่างข้อมูลบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ($N = 60$)

ข้อมูลบริโภคนิสัยของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนมื้ออาหารในแต่ละวัน					0.32	0.57
3 มื้อ	8	26.67	10	33.33		
มากกว่า 3 มื้อ	22	73.33	20	66.67		
ชนิดของอาหารที่ชอบรับประทาน					11.05	0.19
ผัก	1	3.33	0	0		
ทอด	10	33.33	14	46.67		
ต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง						
แกงกะทิ	1	3.33	0	0		
ผักและทอด	2	6.67	0	0		
ทอดและต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง	6	20.00	3	10.00		
ทอดและแกงกะทิ	0	0	1	3.33		
ผักและต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง	3	10.00	8	26.67		
ผัก, ทอด และต้ม นึ่ง ปิ้ง	0	0	0	0		
ย่าง	2	6.67	0	0		
ผัก, ทอด และแกงกะทิ	5	16.67	4	13.33		

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลบริโภคนิสัยของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	<i>p-value</i>
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาหารที่ชอบรับประทานในแต่ละมื้อ						
มื้อเช้า					5.88	0.15
ข้าว	9	30.00	1	3.33		
ขนม	21	70.00	29	96.67		
มื้อเที่ยง					3.16	0.21
ข้าว	29	96.67	27	90.00		
ก๋วยเตี๋ยว	1	3.33	2	6.67		
ขนม	0	0	1	3.33		
มื้อเย็น					0.00	1.00
ข้าว	27	90.00	29	96.67		
ขนม	3	10.00	1	3.33		
มื้อก่อนนอน					4.11	0.13
ไม่กิน	8	26.67	10	33.33		
ข้าว	9	30.00	15	50.00		
ขนม	13	43.33	5	16.67		
การรับประทานอาหารนอกบ้าน						
ปรุงเอง	2	6.67	15	50.00	13.19	0.01
มื้อเช้า	13	43.33	7	23.33		
มื้อเที่ยง	2	6.67	2	6.67		
มื้อเย็น	13	43.33	5	16.67		
มื้อเช้าและมื้อเที่ยง	0	0	1	3.33		

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายด้านและโดยรวมหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งในด้านชนิดอาหารที่รับประทาน ปริมาณของอาหารที่รับประทาน และแบบแผนมื้ออาหาร ($M = 46.10$, $SD = 0.73$, $M = 28.73$, $SD = 1.99$, $M = 13.53$, $SD = 3.35$, $M = 88.37$, $SD = 5.29$ ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายด้านและโดยรวมหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติเล็กน้อยในทุกด้าน ($M = 31.33$, $SD = 5.17$, $M = 16.93$, $SD = 3.42$, $M = 6.03$, $SD = 1.97$, $M = 54.30$, $SD = 8.51$ ตามลำดับ) รายละเอียดตามตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (N = 60)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร	กลุ่มทดลอง (n = 30)						กลุ่มควบคุม (n = 30)					
	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ
	Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD	
ชนิดอาหารที่รับประทาน	22.23	3.54	ไม่ดี	46.10	3.35	ดี	29.70	6.44	ปานกลาง	31.33	5.17	ปานกลาง
ปริมาณของอาหารที่รับประทาน	13.27	2.72	ไม่ดี	28.73	1.99	ดี	16.57	4.03	ปานกลาง	16.93	3.42	ปานกลาง
แบบแผนมื้ออาหาร	5.07	2.38	ไม่ดี	13.53	0.73	ดี	5.53	2.43	ไม่ดี	6.03	1.97	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยรวม	40.57	6.66	ไม่ดี	88.37	5.29	ดี	51.80	10.86	ปานกลาง	54.30	8.51	ปานกลาง

ซึ่งรายละเอียดของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แสดงไว้ในตาราง 9 (ภาคผนวก ข)

นอกจากนี้ยังพบว่าผลการประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า หลังการทดลองข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ (1) รับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง แทนอาหารประเภทผัด ทอด เช่น ปลานึ่ง ปลาดัมส้ม (2) รับประทานอาหารเย็นปริมาณมากกว่ามื้ออื่นๆ (3) รับประทานอาหารค่ำหรือมื้อดึก (หลัง 20.00 น.) (4) รับประทานอาหารข้าวสวย ข้าวเหนียว บะหมี่ โรตีสลิ่ม ไข่ต้ม ไข่ลวก ขนมจีนหรือก๋วยเตี๋ยวเกิน 2 ทัพพีต่อมื้อ และ (5) รับประทานอาหารมากกว่าวันละ 3 มื้อต่อวัน ($M = 4.73, SD = 0.69, M = 4.70, SD = 0.47, M = 4.50, SD = 0.57, M = 4.43, SD = 0.50, M = 4.33, SD = 0.48$ ตามลำดับ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารต่ำที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ 1) รับประทานอาหารข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ 6-8 ทัพพีต่อวัน (2) รับประทานอาหารที่ปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว (3) รับประทานอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอด หนังไก่ทอด ปลาทอด ไส้กรอกทอด กุ้งทอด (4) เติมเครื่องปรุงรสเมื่อรับประทานอาหาร เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรสต่างๆ และ (5) รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ซีมอลานู ป๊อปปี้แซ่ หมอเคาะ ลอดดีเก้ บาเวซูละ ($M = 3.00, SD = 0.45, M = 3.03, SD = 0.41, M = 3.07, SD = 0.52, M = 3.07, SD = 0.64, M = 3.27, SD = 0.45$ ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังรายละเอียดในตาราง 10 (ภาคผนวก ข)

ผลการประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า หลังการทดลองข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ (1) รับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง แทนอาหารประเภทผัด ทอด เช่น ปลานึ่ง ปลาดัมส้ม (2) ทานรับประทานอาหาร เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักกวางตุ้ง 4-6 ทัพพีต่อวัน (4) รับประทานอาหารผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม หรือผลไม้กระป๋องเช่น ทูเรียนกวน สับปะรดกวน มะม่วงกวน ลำไย/ลิ้นจี่กระป๋อง และ (5) รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเช่น แองไดปลา บูด ปลาเค็ม ปลาแป้งแดง ปลาดัม กุ้งส้ม ไข่เค็ม ผลไม้ดอง ($M = 4.07, SD = 1.31, M = 3.60, SD = 0.72, M = 3.17, SD = 0.79, M = 2.97, SD = 0.99, M = 2.43, SD = 1.14$ ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตาราง 11 (ภาคผนวก ข)

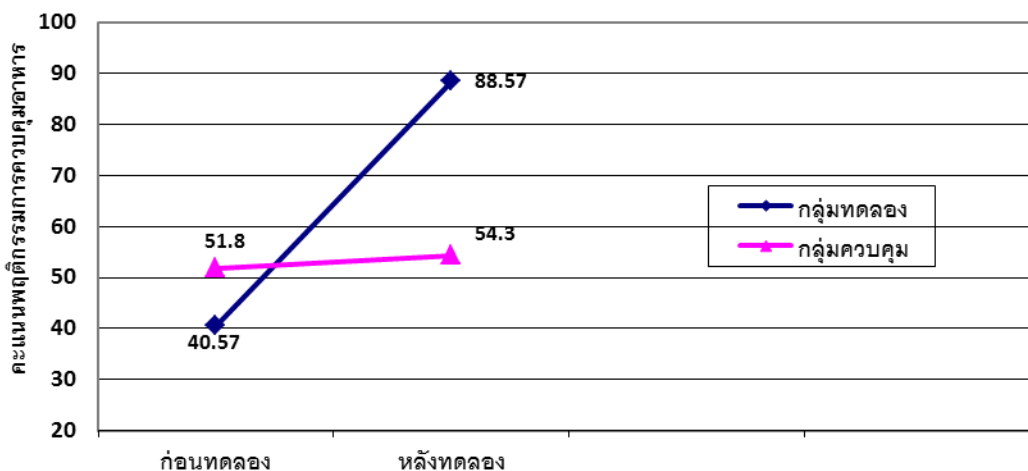
ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.83, p < .001$) และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.60, p < .001$) รายละเอียดตามตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 60$)

	พฤติกรรมการควบคุมอาหาร				<i>t</i>	<i>p-value</i>
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	(<i>n</i> = 30)		(<i>n</i> = 30)			
	X	SD	X	SD		
ก่อนการทดลอง	40.57	6.66	51.80	10.86	-4.83	.000
หลังการทดลอง	88.37	5.29	54.30	8.51	18.61	.000



ภาพ 3. กราฟเส้นเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -29.80, p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารในกลุ่มควบคุมหลังการได้รับการดูแลตามปกติมีค่าไม่แตกต่างกับก่อนการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.76, p = .01$) ดังรายละเอียดตามตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($N = 60$)

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมการควบคุมอาหาร				<i>t</i>	<i>p-value</i>
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	<i>M</i>	SD	<i>M</i>	SD		
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	40.57	6.67	88.37	5.29	-29.80	.000
กลุ่มควบคุม ($n = 30$)	51.80	10.86	54.30	8.51	-2.76	.010

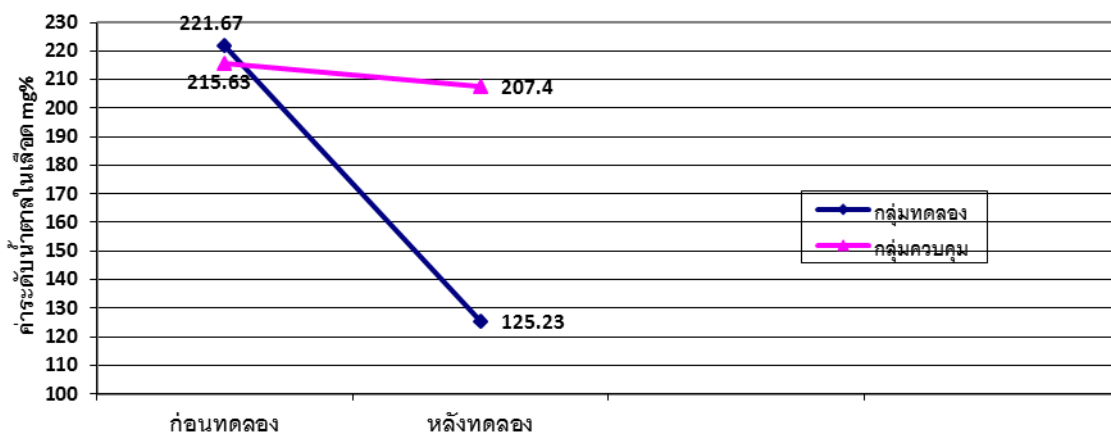
ส่วนที่ 6 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการใช้แนวปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t = .69, p = .490$) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.81, p < .001$) รายละเอียดตามตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 60$)

	ระดับน้ำตาลในเลือด				<i>t</i>	<i>p-value</i>
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	($n = 30$)		($n = 30$)			
	X	SD	X	SD		
ก่อนการทดลอง	221.67	27.67	215.63	38.52	.69	.490
หลังการทดลอง	125.23	13.85	207.40	32.29	- 12.81	.000



ภาพ 4. กราฟเส้นเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 7 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.21, p < .001$) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารไม่มีความแตกต่างกับก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ($t = .85, p = .403$) รายละเอียดตามตาราง 8

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ($N = 60$)

	ระดับน้ำตาลในเลือด				<i>t</i>	<i>p-value</i>
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	X	SD	X	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	221.67	27.87	125.23	13.85	18.21	.000
กลุ่มควบคุม (n = 30)	215.63	38.52	207.40	32.30	.85	.403

อภิปรายผลการวิจัย

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารสูงขึ้นและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานทุกข้อ ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีจุดเด่น คือ กิจกรรมในแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ได้ปรับปรุงมาจากแนวปฏิบัติของกาญจนา (2554) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และการส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ (2) ระยะที่ 2 ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน (3) ระยะที่ 3 คือ การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติและแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเรียม (Orem, 2001) มาใช้ ประกอบด้วย (3.1) การสอน (3.2) การชี้แนะ (3.3) การสนับสนุน (3.4) การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยมีการปรับโปรแกรมนี้ให้มีระยะเวลาดำเนินการแต่ละระยะที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแนวทางการควบคุมอาหารได้ต่อเนื่อง เพื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จากสอดคล้องกับการศึกษาของรังสิมา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเรียมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และ

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลง (4) ระยะที่ 4 การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมนผลเป็นขั้นตอนการติดตามประเมนผลพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ จึงไม่ได้วัดผลค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

2. มุ่งเน้นการประเมนค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาตินั้น ผู้วิจัยใช้การสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ใช้ภาษา ท่าทางที่เป็นกันเองและเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ต่างๆ สนใจและตั้งใจรับฟังโดยไม่ตัดสิน เพื่อสามารถสนับสนุนผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา (2553) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรีพบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความตระหนักและยอมรับว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่ตนต้องทำการปรับปรุงแก้ไข และการศึกษาของรังสิมา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยการให้การดูแลตามแผนการดูแลเป็นรายบุคคลพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลง การที่ผู้วิจัยซักประวัติ ตรวจร่างกาย ศึกษาประวัติการรักษาและการใช้ยา ประเมินภาวะโภชนาการ โดยประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ซึ่งใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง สาระในแบบบันทึกประกอบด้วย รายการอาหาร 6 หมวด ได้แก่หมวดข้าว-แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ นมและน้ำมัน และมื้ออาหาร ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน มื้อเย็นและระหว่างมื้อ ประเมินพฤติกรรมควบคุมอาหาร ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการวางเป้าหมายร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้คำนวณพลังงานที่ได้รับต่อวัน และสรุปข้อมูลดังกล่าวให้กลุ่มตัวอย่างและญาติทราบ ว่า พลังงานที่ได้รับต่อวันว่าปกติ น้อยกว่าหรือมากกว่าปกติ และร่วมกันวางแผนการรับประทานอาหารในแต่ละวัน สำหรับการประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินการประเมินความรู้ในผู้ป่วย ซึ่งจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยพบว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องการควบคุมอาหาร คือ ไม่สามารถเอาคำแนะนำในการควบคุมอาหารของตนเองไปรับประทานอาหารตามที่โภชนาการแนะนำลงสู่การปฏิบัติได้จริงได้ และยังมีพฤติกรรมดื่มชาและกาแฟของ ทำให้ทราบถึงข้อมูลและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนและสนับสนุนการดูแลตนเองให้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

ผู้วิจัยได้ใช้เวลาในการตอบคำถามของผู้ป่วย ใช้ภาษายาวในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจมากขึ้น และแบ่งเนื้อหาออกเป็นหัวข้อย่อยๆ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับขั้นตอนในการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติและแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งเป็นขั้นตอนในการให้ความรู้ โดยนาระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน

และให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) มาใช้ โดยเฉพาะการสอน โดยสอนเรื่องพลังงานที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในแต่ละวัน ที่ได้จากการประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมการบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และให้ฝึกคำนวณความต้องการพลังงานของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างง่าย ๆ สอนการเลือกรับประทานอาหาร ได้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน จำนวนมื้อหรือความถี่ที่ควรรับประทาน และสามารถใช้จ่ายอาหารแลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยผู้วิจัยประเมินจากใบงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้อาหารแลกเปลี่ยนที่สอดคล้องกับคู่มือหรือโมเดลอาหาร ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้ในการใช้อาหารแลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารทั้งในช่วงปกติและในช่วงเดือนรอมฎอน ยกตัวอย่างชนิดของอาหารที่มีในท้องถิ่น อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่ให้พลังงานสูงและอาหารที่ได้รับการปรุงแต่งมากให้เห็นชัดเจน การฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร โดยการใช้โมเดลอาหารสอดคล้องกับการศึกษาของปิยามลย์, นงนุช, และนุศรา (2552) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบิน เอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. ความต่อเนื่องในการประเมิน การดูแลและติดตามจากผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าในการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการติดตามต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 3, 5, 6 และ 7 และในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 นัดมาพบที่โรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมควบคุมอาหาร และให้ทีมเวชกรรมติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เพื่อกระตุ้นเตือนในเรื่องการควบคุมอาหาร ชื่นชมทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้สำเร็จ และเสริมแรงด้วยการให้กำลังใจ เมื่อรู้สึกท้อใจหรือทำไม่สำเร็จ ปัญหาโดยส่วนใหญ่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมักเลือกรับประทานอาหารที่มีแป้งเป็นส่วนผสม เช่น ขนมปัง ผีอก มัน เป็นอาหารมื่อว่าง ก่อนที่จะรับประทานอาหารในมื้อหลัก และเป็นอาหารที่รับประทานคู่กับอาหารมื้อหลัก โดยมักเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาหารประเภทนี้ จึงยังรับประทานอยู่เป็นประจำ รับประทานชาและกาแฟของ 3 in 1 ทุกวัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมักรับประทานมะม่วงสุก เพราะเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวและผลไม้ที่มีรสหวาน ผู้วิจัยก็ได้ทำการให้คำแนะนำเมนูอาหารสุขภาพ ลดปริมาณอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลลงและสอนการแลกเปลี่ยนอาหารโดยใช้อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำเพิ่มเติม ให้การชมเชยทุกครั้งปฏิบัติได้สำเร็จและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างและญาติให้ข้อมูลว่าสามารถช่วยในเรื่องที่มีปัญหาขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างมาก และการนัดมาพบที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในเวลาที่เหมาะสม ทำให้มีการได้พบทวนปัญหาที่เกิดจากการดูแลระหว่างอยู่ที่บ้านเพื่อนำมาวางแผนแก้ไขร่วมกันต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของแสงทอง, ฉัญฉฐิรา, และวันทนา (2557) ที่ศึกษาผลของ

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม สุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันเลือดลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีขึ้น และการศึกษาของรังสิมา (2558) ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ที่มีการประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่องและกระตุ้นทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งรังสิมาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดลดลง

4. การใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม ในส่วนของสื่อต่างๆ ที่เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และแผนการสอน ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการสนับสนุนและส่งเสริมการควบคุมอาหารนั้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ เนื่องจากคู่มือและแผนการสอนนั้น มีรูปภาพประกอบชัดเจน ทั้งนี้ เนื้อหาเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย มีความสอดคล้องกับอาหารของมุสลิมในพื้นที่ ทำให้คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถนำไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ มีการยกตัวอย่างอาหารที่เป็นที่รู้จักและนิยมบริโภคกันในชุมชนของมุสลิม มีรูปภาพประกอบชัดเจน ง่ายต่อการอ่าน มีการประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา รวมทั้งให้คำแนะนำเมนูอาหารและการรับประทานยาในช่วงเดือนถือศีลอด ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจได้ง่าย สอดคล้องกับจันทร์ฉาย, ผจงจิต, และนพวรรณ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้ราม่าโมเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน ที่มีกิจกรรมการสร้างความตระหนักให้ครอบครัว มีกิจกรรมตั้งเป้าหมายสุขภาพของครอบครัว พร้อมทั้งได้เอกสารคู่มือไปศึกษาต่อที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสุขภาพดีขึ้น เป็นต้น

5. การมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการชี้แนะและแนะนำทางเลือกในการรับประทานอาหารจานสุขภาพ หรือแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหารแบบใช้ช้อนมือเป็นสัญลักษณ์ในการคำนวณสัดส่วนของอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถรับประทานได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่ ในช่วงปกติ ญาติควรแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมรับประทานผัก ผลไม้รสไม่หวานจัด ก่อนการรับประทานอาหารควา ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาหาร ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาสนับสนุนและส่งเสริมให้ญาติเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการเลือกซื้ออาหาร เตรียมอาหารและการรับประทานอาหารเหมือนกับผู้ป่วย

ญาติไม่ควรซื้ออาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมไม่สามารถรับประทานได้เข้ามาในบ้าน ควรเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผัก ผลไม้ไม่หวานจัด ในการเตรียมอาหารควรหลีกเลี่ยงการเตรียมอาหารด้วยวิธีการผัด ทอด หรือวิธีการที่ต้องใช้น้ำมันในการปรุง ควรปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง หรือย่างแทน และนอกจากนี้ญาติควรรับประทานอาหารชนิดเดียวกันหรือสำหรับเดียวกันกับผู้ป่วย รวมถึงเมื่อต้องไปในงานเลี้ยงต่างๆ ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมเลือกรับประทานผักในปริมาณที่มากกว่าอาหารจำพวกแป้งและเนื้อสัตว์ หรือดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมรับประทานอาหาร ไปจากบ้านก่อนการไปงานเลี้ยงเพื่อลดความหิวและจะได้รับประทานอาหารที่งานเลี้ยงได้ลดลง เครื่องดื่มควรเลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวาน สำหรับในช่วงเดือนรอมฎอน ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอินทผาลัม 1 ผลและดื่มน้ำเปล่าตามมากๆ แทนการรับประทานขนมหวานหรือดื่มน้ำหวาน และอาหารควรเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการต้ม นึ่ง ย่าง แทนอาหารที่มีการปรุงด้วยการผัดหรือทอด หรืออาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ รวมถึงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในสัปดาห์ที่ 4 การใช้สื่อเกี่ยวกับอาหารที่มีอยู่ให้เหมาะสม เช่น คู่มือ ตัวอย่างโมเดลอาหาร และอาหารจริง ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการควบคุมอาหาร การเข้าถึงแหล่งอาหาร การจัดหาเครื่องตรวจวัดในครัวเรือนที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการควบคุมอาหารและการไม่ซื้ออาหารที่ต้องการควบคุมเข้ามารับประทานในบ้าน

อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้พบว่า การพยาบาลตามปกติมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้นระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากการพยาบาลตามปกติไม่ได้มีการติดตามผลการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงนั้นต้องมีความเข้มงวดในการเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่พอดีกับสถานะของโรครวมถึงจำนวนมื้ออาหารหลัก คือ 3 มื้อ โดยปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือการได้รับการเสริมแรงและให้กำลังใจเป็นระยะๆ จากพยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพ และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ 2 ครั้งก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest two groups design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 60 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานในวันพุธ ซึ่งได้รับการจัดให้เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนกลุ่มควบคุมจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานในวันพฤหัสบดี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย (1) คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (2) โมเดลอาหาร (3) แผนการสอนสำหรับพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ (2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ผลการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ (3) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เก็บรวบรวมข้อมูล โดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างและดำเนินการทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

ส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -29.80, p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในกลุ่มควบคุมหลังการได้รับการดูแลตามปกติได้รับการดูแลตามปกติมีค่าไม่แตกต่างกันกับก่อนการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.76, p = 0.01$)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.83, p < .001$) และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.60, p < .001$)

3. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารลดลงมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.81, p < .001$)

4. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.21, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่มีลักษณะเฉพาะกับบริบทของมุสลิม สามารถพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารให้ดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมให้ดีขึ้นและการดูแลตามปกติสามารถทำให้พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้นบางส่วน แต่ยังคงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารที่มีจุดเด่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้มีความสำคัญกับการประเมินและแก้ไขปัญหาเฉพาะเป็นรายบุคคล มีการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีแกนนำจากมุสลิมในชุมชน เช่น โต๊ะอิหม่ามหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลรับผิดชอบในชุมชนนั้นๆ มามีส่วนร่วมในการติดตามและสนับสนุนการควบคุมอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมและญาติได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

สถานศึกษาควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารไปสอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีแนวทางอย่างเป็นรูปธรรมในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมโรคไม่ได้

3. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล จัดรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร และมีการติดตามผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเพื่อจะสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลในระยะยาวถึงพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร โดยการติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือนหรือ 1 ปี นอกจากนี้ควรมีการวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีร่วมด้วย
2. ควรมีการปรับปรุงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ทันสมัยตามหลักวิชาการทุก 3 – 5 ปี

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร ไพศาลสุจารีกุล, ประทุม สร้อยวงค์, และพิกุล นันทชัยพันธ์. (2557). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 41(ฉบับพิเศษ), 26-34.
- กนกพร สุคำวัง, พรนภา ไชยอาสา, และมล.อัครอนงค์ ปราโมช. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. *พยาบาลสาร*, 35(3), 59-71.
- กาญจนา เจาะและ. (2554). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กาญจนา บริสุทธิ์. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- กุสุมา กิ่งหลี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 256-258.
- คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. (2543). *คู่มือธงโภชนาการ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์รสพ. อ้างถึงใน เฉลิมศรี อินทร์สุวรรณ. (2554). *ความสามารถในการควบคุมอาหารของคนไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- คณะทำงานวิชาการและวิจัย สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)*. โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2551. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). การรับมือกับโรคเบาหวานในช่วงเดือนรอมฎอน.

สารคลังข้อมูลยา. ค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/dic/news_week_full.php?id=1159

งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (2558). *ฉลาดกินในเบาหวาน เรียนรู้*

อาหารแลกเปลี่ยน. ค้นเมื่อ 10 มกราคม พ.ศ.2558, จาก

http://www.dmthai.org/news_and_knowledge/list/153?page=3.

จันทร์ฉาย จารนัย, ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เป็ยชื้อ. (2559). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้รามามาโมเดล ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(1), 41-59..

เจลาศรี เสงี่ยม. (2557). การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด. *การจัดการผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. (หน้า 9-46). กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.

เฉลิมศรี อินทร์สุวรรณ. (2554). *ความสามารถในการควบคุมอาหารของคนไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ฉวีวรรณ บุญนาน. (2552). *การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมอาหารเพื่อการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองแสน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ชนิษฐา สุระเดชาวุธ. (2553) *การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแซง จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.

ดำรง แวอาลีและมุหมัดดาโอะ เจะเลาะ. (2549). การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมุสลิม. ในศูนย์ประสานงานภาคใต้ แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์. *เอกสารวิชาการ องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาวะ*. (หน้า 45-47). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัศนีย์ เทอดจิตไพศาล, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, ศศิธร เพชรเฟือกและคณะ. (2558). พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6. ระหว่างวันที่ 28-29 เมษายน 2558. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. *วารสารบทคัดย่อ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. หน้า 260-271.
- เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิน, และธิดา นิงสานนท์. (2554). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒนา.
- เทพ หิมะทองคำ, วัลลา ตันตโยทัย, พงศ์อมร บุณนาค, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, และสุนทรี นาคะเสถียร. (2547). รายงานผลการศึกษาลบฉบับสมบูรณ์: โครงการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. ค้นจาก http://hrn.thainhf.org/document/research/research_204.pdf
- ธิดิ สันับบุญ. (2555). ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน. ใน สารัช สุนทรโยชิน, และปฏิณัฐ บูรณทรัพย์ขจร. (บรรณาธิการ), *ตำราโรคเบาหวาน* (หน้า 139-146). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (2556). ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา จรัสแสง. (2555). ภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446.
- ปฏิณัฐ บูรณทรัพย์ขจร. (2555). ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สารัช สุนทรโยชิน, และปฏิณัฐ บูรณทรัพย์ขจร. (บรรณาธิการ), *ตำราโรคเบาหวาน* (หน้า 132-138). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประอรทิพย์ สุทธิสาร. (2550). *ภาวะซึ่มเศร้าและบริบทชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย*. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริญญา ประหยัดทรัพย์. (2549). พลังเร้นลับกับผลในการรักษาโรค. ในศูนย์ประสานงานภาคใต้ แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์. *เอกสารวิชาการ องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาวะ*. (หน้า 45-47). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2554). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 23(1), 1 – 14.

- ปิยะนุช จิตตานุท. (2548). *หลักโภชนาการและอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน*. เอกสารนำเสนอในการประชุมเรื่องโครงการอบรมผู้สอนเบาหวาน. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิยพงศ์ สอนลบ. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับส่งเสริมการควบคุมเบาหวานในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2* โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยมาลัย อาชาสันติ สุข, นงนุช โอบะ, นุศรา วิจิตรแก้ว. (2552). ผลของการพยาบาล แบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ ฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(2), 66-76.
- ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์เบาหวานโรงพยาบาลศิริราช. (2556). *คู่มือปรับวิถีชีวิตพิชิตเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์สุขภาพ อมรินทร์พรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- พัชรินทร์ ชนะพาห์และพิศมัย กิจเกื้อกูล. (2556). ความเครียดกับกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(5), 253-260.
- พิสนธิ์ จงตระกูล. (2557). *การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อการจัดการโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์.
- พุมรี อรรถรัฐเสถียร. (2553). ปัตตานี ความเป็นอยู่และประเพณี อาหารพื้นเมืองปัตตานี : อาหารไทย (ภาคใต้) *รัฐมิแล*, 31(1), 96-99.
- มูหมัดดาโอ๊ะ เจะเลาะ. (2551). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการถือศีลอด. ใน ยูซุฟ นิมะ. *การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน*. (หน้า 5-21). สงขลา: สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข (สจส).
- ยุพิน เบญจสุรัตน์วงศ์. (2551). การรักษาเบาหวานด้วยอินซูลิน . *วารสารเบาหวาน*, 40(2), 39-47
- ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (บรรณาธิการ). (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รังสิมา รัตนศิลาและคณะ. (2558). โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 88-99.
- ร่วมเกล้า กิจเจริญไชย. (2556). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการบริโภคอาหารในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, สระแก้ว.

- รสสุคนธ์ ภักดีไพบุลย์สกุล. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วันทนี เกียงสินยศ. (2551). *โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. สงขลา: โรงพิมพ์ ชานเมือง.
- วันทนี เกียงสินยศ. (2559) *กินนอกบ้านอย่างฉลาด กินแค่พอดีช่วยคุมเบาหวาน*. สืบค้นต่อมไว้ต่อแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. วันที่ค้นข้อมูล 10 มกราคม พ.ศ.2559, เข้าถึงได้จาก http://thaiendocrine.org/main_th/sites/default/files/DM%20eating-out%20final%204%20sep%20Br%20a4_6.pdf.
- วิทยา ศรีมาดา. (2549). การควบคุมอาหารในเบาหวาน. ใน *นิติ สันบัญญัติ และวารณ วงศ์ถาวรรัตน์ (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม* (หน้า 64-89). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, อังสุมา อภิชาติ, อรนิช แสงจันทร์, ประภาพร ชูกำเนิด, กัลยาณี บุญสิน, และคณะ. (2551). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(1), 71-84.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 640-212 โภชนาการและโภชนบำบัด เล่ม 2* สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เวชสถิติ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. (2558). รายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. นราธิวาส: โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.
- เวชสถิติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (2556 - 2558). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อจังหวัดนราธิวาส. นราธิวาส: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส.
- .ศักดิ์ชัย จันทอมรกุลและเทพ หิมะทองคำ. (2549). โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน ใน *วัลลา ตันตโยทัยและ สุนทรินาคะเสถียร (บรรณาธิการ), โครงการอบรมผู้ให้ความรู้ โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน* (หน้า 219-233). นครปฐม: เมตตาอ้อมปีปรีน.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2551). *บำบัดเบาหวานด้วยอาหาร* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ศิริลักษณ์ ถูทอง, ทิพมาส ชิมวงศ์, และเพลินพิศ สุวานิวัฒนานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทาง

- คลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์*, 35(1), 67-84.
- ศรีวรรณ ทองแพง. (2558). *อาหารกับผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เบาหวานศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: วิเจพรีนติ้ง.
- สมชาย พรหมจักร. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(2), 10-18.
- สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย เครือข่ายคนไทยไร้พุง. (2559). *อาหารแลกเปลี่ยน*. ค้นเมื่อ 10 มกราคม พ.ศ.2559, จาก http://www.raipoong.com/media/news_file/390-foodexchange_in_rez-20141105181813.pdf
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอุลตราไวโอเรต.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557*. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2555). *รายงานสรุปข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงไม่ได้ ปีงบประมาณ 2555*. อัดสำเนา.
- สิรินันท์ ตรีมงคลทิพย์ และอรทัย สารกุล. (2548). *วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม: มุมมองด้านสุขภาพ*. วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. ค้นจาก <http://www.repository.rmutt.ac.th/xmlui/handle/123456789/144?show=full>
- สมพงษ์ สุวรรณวลัยกรและธิดิ สันับบุญ. (2549). *กลุ่มอาการทางเมตาบอลิก*. ใน ธิดิ สันับบุญ, และวารภณ วงถาวรวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม* (หน้า 56-63). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราโรคต่อมไทรอยด์และอาการทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกาญจน์ อยู่คง, มลินี สมภพเจริญ, ธราดล เก่งการพานิช, และทัศนีย์ รัววิรุณกุล. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. การประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 17. เรื่อง “บทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ระหว่างวันที่ 14 – 16 พฤษภาคม 2558. โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช ไฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี. *บทความวิจัย*. หน้า 272-285.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ. (2553). การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวาน และความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุมาลี นิมนานิตย์. (2553). โรคเบาหวาน. ค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=316>
- สุวิมล ติरणานนท์. (2546). *การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรชา ลีลายุทธการ. (2555). กินอาหารเช่นอย่างไรไม่ให้อ้วน. ค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2557, จาก <https://www.goodfoodgoodlife.in.th>
- แสงทอง ชีระทองคำ, ญัฐฐิรา ประสาทแก้ว, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2557). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลรามาริบัติ*, 20(3), 356 - 371.
- อนันตชัย ไทยประทาน. (2551). กินน้อยอายุยืนกว่ากินมาก. ใน ชูชูฟ นิมะ(บรรณาธิการ), การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน. (หน้า 22-26). สงขลา: สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข (สจส).
- อรพินท์ สีขาว, รัชนิ นามจันทร์, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 39-49.
- อรชิรา บุญประดิษฐ์, สุนทรีย์ คำเพ็ง, และกมลอินทร์ วรรณเชษฐอิสรา. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 72-82.
- อิสมาอีลลูตีฟี จะปะกียา. (2555). *คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 93). ปัตตานี: เฟิร์สออฟเซ็ท 1993.

- American Diabetes Association. (2017). Standards of Medical Care in Diabetes-2017. *Diabetes Care*, 40(Suppl. 1), 11-24.
- American Diabetes Association. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes-2017. *Diabetes Care*, 35(Suppl. 1), 11-63.
- B. Benajia, N. Mounibb, R. Rokya, N. Aadila, I.E. Houtia, S. Moussamiha, S. Malikic, B. Gressierd and H. El Ghomarie (2006). Diabetes and Ramadan: Review of the literature. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 73(2), 117-125.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF DIABETES ATLAS Seventh Edition: 2015*. Retrieved 10 มกราคม พ.ศ.2558, from <http://www.dmtai.org/statistic/1558>.
- Mikolajczyk, T. R., Ansari, E. W., & Maxwell, E. A. (2009). Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition Journal*, 8(31), 1-8.
- National Health and Medical Research Council. (1998). A guideline to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved April 10, 2015, from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practices* (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Salti, I., Benard, E., Detournay, B., Bianchi-Biscay, M., Le Brigand, C., Voinet, C., & Jabbar, A. (2004). The EPIDIAR study group: A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: Results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care*, 27(10), 2306-2311.
- The AGREE Collaboration , (2009). *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II*). available@<http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>.
- Wallin, A. M., Lofvander, M., & Ahlstrom, G. (2007). Diabetes: a cross-cultural interview study of immigrants from Somalia. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 305-314.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

มื้ออาหาร	อาหารที่รับประทานใน 1 วันที่ผ่านมา	พลังงานรวม (กิโลแคลอรี)
มือเช้า	1. ข้าวต้ม 1 จาน ประกอบด้วย ข้าว ปลาต้ม มะพร้าวคั่ว	250
	น้ำบูดู ผักชนิดต่างๆ ได้แก่ ถั่วงอก ถั้วฝักยาวหั่นฝอย	75
	แตงกวา ตะไคร้หั่นฝอย ส้มโอฉีกเป็นชิ้นเล็ก (2 กลีบใหญ่)	30
	2. ไข่ต้ม 1 ฟอง	
	3. น้ำชา 1 แก้วใส่น้ำตาล 1 ช้อนกินข้าว	รวม=385
มือว่าง	นาชิตีเน๊ะ (ข้าวอัดเป็นแท่งราดด้วยปลาแห้งและมะพร้าวคั่ว)	119
	10 ชิ้นพอคั่ว	-
	น้ำเปล่า 1 แก้ว	
มือเที่ยง	ผัดหมี 1 จาน	208
	น้ำเปล่า 2 แก้ว	-
มือว่าง	ส้มเขียวหวาน 2 ผล	60
	น้ำเปล่า 2 แก้ว	-
มือเย็น	ข้าวสวย 2 ทัพพี	160
	แกงส้มดอกแคกุ้ง 1 ถ้วย	105
	ไข่เจียว 1 ฟอง	167
	น้ำเปล่า 2 แก้ว	-
	รวม=372	
พลังงานรวมทั้งหมด		1147

หมายเหตุ

1. หากผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถลงบันทึกในแบบบันทึกได้ พยาบาลสามารถทบทวนการรับประทาน อาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และลงบันทึกในแบบบันทึกให้แทน เพื่อนำมา คำนวณพลังงานที่ได้รับใน 1 วันที่ผ่านมา

2. นำพลังงานที่คำนวณได้ มาปรับการรับประทานอาหารในวันต่อไป

ภาคผนวก ข

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กาญจนา (2554) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการสังเคราะห์วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและการส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม จำนวน 34 เรื่อง นำสาระสำคัญมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ซึ่งเลือกมา 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม และบูรณาการร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งทักษะพื้นฐานในการใช้กระบวนการพยาบาล 4 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ 2) ทักษะการทำความเข้าใจการให้การศึกษา 3) ทักษะการให้กำลังใจ และ 4) ทักษะการให้ข้อมูลและคำแนะนำ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลมีองค์ประกอบด้วยระยะในการปฏิบัติ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาของการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมทุกครั้งที่มีการติดตามเยี่ยม

ระยะที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน

ระยะที่ 3 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และแก้ปัญหาาร่วมกัน เป็นการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วย 5 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำทดแทน 2) การสอน 3) การชี้แนะ 4) การสนับสนุนและ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อม แต่การศึกษาครั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมเป็นบุคคลที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองจึงเลือกใช้วิธีในการช่วยเหลือเพียง 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 4 การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผล เป็นขั้นตอนการติดตามประเมินผล พฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม และติดตามญาติในการควบคุมการรับประทานอาหารและช่วยเหลือผู้ป่วยในรายที่มีอุปสรรคในการควบคุมอาหารได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ภาคผนวก ก

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอาหาร
โดยใช้แบบประเมินอะกรี 2 (AGREE II, 2009)

หมวดที่	รายการประเมินคุณภาพ 6 หมวด (23 ข้อ)	ผู้ประเมิน			คะแนน รวม
		คนที่ 1 (นส.ฮามีดี๊ะ แวและ)	คนที่ 2 (ดร.วันดี คหะวงศ์)	คนที่ 3 (รศ.วิมลรัตน์ จงเจริญ)	
1	ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้				
	1.1 มีการระบุวัตถุประสงค์/ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการให้เกิดที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง	5	5	5	15
	1.2 มีการระบุคำถามด้านสุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพหรือหลักฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติไว้อย่างครอบคลุมเฉพาะเจาะจง	5	5	5	15
	1.3 มีการระบุกลุ่มเป้าหมายและคุณสมบัติหรือคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้ อย่างเฉพาะเจาะจง	7	7	7	21
2	การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้				
	2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดของแต่ละขั้นตอนการพัฒนาฯ	5	5	5	15
	2.2 มีการรวบรวมมุมมอง ความคาดหวัง ความเห็นชอบ หรือมีการคำนึงถึงความเฉพาะของผู้ใช้บริการมาพิจารณาในการพัฒนาแนวปฏิบัติ	7	7	7	21
	2.3 มีการระบุกลุ่มเป้าหมายที่จะเป็นผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้ไว้อย่างชัดเจน	7	7	7	21

หมวดที่	รายการประเมินคุณภาพ 6 หมวด (23 ข้อ)	ผู้ประเมิน			คะแนน รวม
		คนที่ 1 (นศ.สามิต๊ะ แวงละ)	คนที่ 2 (ดร.วันดี กะหวงค์)	คนที่ 3 (รศ.วิมลรัตน์ จงเจริญ)	
3	ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้				
	3.1 มีการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็นระบบ	7	7	7	21
	3.2 มีการระบุเกณฑ์หรือเหตุผลที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐาน ใว้อย่างชัดเจน	7	7	7	21
	3.3 มีการระบุจุดแข็งและข้อจำกัดของหลักฐาน ใว้อย่างชัดเจน	5	5	5	15
	3.4 มีการระบุวิธีการที่ใช้ในการกำหนดข้อเสนอแนะ/ การได้มาซึ่งข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ ใว้อย่างชัดเจน	7	7	7	21
	3.5 มีการพิจารณาหรือคำนึงถึงประโยชน์ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผลกระทบและความเสี่ยงร่วมด้วย ข้อเสนอแนะที่กำหนด	5	5	5	21
	3.6 มีการเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างข้อแนะนำและหลักฐานสนับสนุน	5	5	5	15
	3.7 มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกก่อนการจัดพิมพ์เผยแพร่	7	7	7	21

หมวดที่	รายการประเมินคุณภาพ 6 หมวด (23 ข้อ)	ผู้ประเมิน			คะแนน รวม
		คนที่ 1 (นศ.สามิต๊ะ แวงละ)	คนที่ 2 (ดร.วันดี กะวงค์)	คนที่ 3 (รศ.วิมลรัตน์ จงเจริญ)	
	3.8 มีการระบุหรือกล่าวถึงขั้นตอนหรือแผนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย	7	7	7	21
4	ความชัดเจนและการนำเสนอ โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้				
	4.1 การกำหนดข้อเสนอแนะมีความเฉพาะเจาะจง กระชับ ไม่คลุมเครือเห็นแนวทางในการนำไปใช้ชัดเจน	5	5	5	15
	4.2 มีการระบุทางเลือกอื่นที่เป็นไปได้สำหรับการจัดการกับสถานการณ์ในเรื่องไขเฉพาะต่างๆไว้ชัดเจน ข้อเสนอแนะหลัก หรือข้อเสนอแนะสำคัญของแนวปฏิบัติ	4	4	4	12
	4.3 มีการนำเสนอทางเลือกต่างๆในการจัดการสภาวะหรือประเด็นสุขภาพไว้อย่างชัดเจน ให้สามารถแยกแยะ/เห็นได้ง่าย	5	5	5	15
5	การนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้				
	5.1 แนวทางปฏิบัติมีการอธิบายถึงปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการนำข้อเสนอแนะไปปรับใช้	7	7	7	21
	5.2 มีรายละเอียดคำแนะนำ และ/หรือเครื่องมือในการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ	7	7	7	21
	5.3 มีการพิจารณาทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเมื่อมีการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ	5	5	5	15

หมวดที่	รายการประเมินคุณภาพ 6 หมวด (23 ข้อ)	ผู้ประเมิน			คะแนน รวม
		คนที่ 1 (นศ.สามิต๊ะ แวงและ)	คนที่ 2 (ดร.วันดี กะหวงค์)	คนที่ 3 (รศ.วิมลรัตน์ จงเจริญ)	
	5.3 มีเกณฑ์สำหรับการกำกับ และ/ หรือตรวจสอบในแนวทางปฏิบัติ	5	5	5	21
6	ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้				
	6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นมา จากผู้จัดทำอย่างอิสระ ปราศจาก อิทธิพลของแหล่งทุนต่อเนื้อหาของ แนวทางปฏิบัติ	7	7	7	21
	6.2 การบันทึกข้อคิดเห็นที่ขัดแย้งกัน มุมมอง ความเชื่อในทฤษฎี แนวคิดที่ ต่างกัน ของทีมในระหว่างการพัฒนา แนวปฏิบัติ	5	5	5	15
	รวม	136	136	136	408

ภาคผนวก ง

การคำนวณหาค่า Effect size

จากผลการศึกษาของรสสุคนธ์ (2555) นำมาคำนวณหาค่า Effect size ได้ดังนี้

ผลการศึกษาได้ค่า $X_1 = 116.38$, $X_2 = 97.03$

$$SD_1^2 = 88.36, SD_2^2 = 36.36$$

$$\text{Effect size} = X_1 - X_2 / \text{pooled SD}$$

$$\text{pooled SD} = \sqrt{SD_1^2 + SD_2^2 / 2}$$

$$= \sqrt{(9.40)^2 + (6.03)^2 / 2}$$

$$= 10.3218$$

$$\text{Effect size} = (116.38 - 97.03) / 10.3218$$

$$= 0.78$$

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

คำชี้แจง

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ มี 18 ข้อ
2. ข้อมูลบริโภคนิสัย มี 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มี 24 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงใน () หน้าข้อความและเติมคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อเท็จจริงของท่าน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและตอบทุกข้อคำถาม

1. เพศ : () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง/แยก
4. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. การศึกษาด้านศาสนา
() 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
() 7. อื่นๆ

5. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกร
 () 3. ค้าขาย () 4. รับจ้าง
 () 5. รับราชการ () 6. อื่นๆ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 () น้อยกว่า 5,000 () 5,000 – 10,000
 () 10,000 – 20,000 () มากกว่า 20,000
7. ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 () 1.สามี/ภรรยา () 2. พี่/น้อง
 () 3. บุตร () 4. อื่นๆ
8. ผู้ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชน
 () 1. โตะอิหม่าม/ผู้นำศาสนา () 2. อสม.
 () 3. อื่นๆ () 4. ไม่มี
9. ระดับความดันโลหิต มิลลิเมตรปรอท
10. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง(มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)
 ก่อนการทดลอง.....หลังการทดลอง.....
11. ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หรือ ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c})
 () 1 น้อยกว่า 7 () 2 มากกว่า 7
12. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยการนอนพักรักษาตัวใน
 โรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
 () ไม่เคย () 1 ครั้ง () มากกว่า 1 ครั้ง
13. โรคร่วม
 () 1 ความดันโลหิตสูง () 2 ไตวายเรื้อรัง
 () 3 โรคหัวใจ () 4 เกาต์
 () 5 อื่นๆ
14. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
15. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
16. รอบเอว.....เซนติเมตร

17. ยาที่รับประทานประจำ

17.1 ยาเบาหวาน ได้แก่.....

17.2 ยารักษาโรคร่วม ได้แก่.....

18. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน.....ปี

2. ข้อมูลบริโภคนิสัย

1. จำนวนมื้ออาหารแต่ละวัน

 1. 1 มื้อ 2. 2 มื้อ 3. 3 มื้อ 4. มากกว่า 3 มื้อ

2. ชนิดของวิธีการปรุงอาหารที่ชอบรับประทาน

 1. ผัด 2. ทอด 3. ต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง 4. อื่นๆ ระบุ.....

3. อาหารที่ชอบรับประทานแต่ละมื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 1. มื้อเช้า ระบุ..... 2. มื้อกลางวัน ระบุ..... 3. มื้อเย็น ระบุ..... 4. ก่อนนอน ระบุ.....

4. การรับประทานอาหารนอกบ้าน

 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติคนของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บ่อยครั้งที่มีโอกาสหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น เป็นบางครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเลย

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	ปฏิบัติ ประจำ (5-7 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (1-2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
<u>ชนิดอาหารที่รับประทาน</u>					
1.ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลองกอง ทุเรียน ขนุน จำปา มะม่วงสุก					
2. ท่านรับประทานขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ช็อกโกแลต ป๊อปปี้แซ่ หมอเคาะ ลอ ปัดตีแก บาเวอชูละ					
3. ท่านรับประทานผลไม้กวน ผลไม้ เชื่อม หรือผลไม้กระป๋องเช่น ทุเรียน กวน สับปะรดกวน มะม่วงกวน ลำไย/ ลิ้นจี่กระป๋อง					

พฤติกรรมควบคุมอาหาร	ปฏิบัติ ประจำ (5-7 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (1-2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น ชา กาแฟ โอเลี้ยง น้ำอัดลม น้ำหวาน					
5. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอด หนังไก่ทอด ปลาทอด ไข่กรอกทอด กุ้งทอด					
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีเนยหรือครีมเทียมเป็นส่วนผสม เช่น โรตีมะตะปะ					
7. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับไก่ ซุปเครื่องในวัว					
8. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือกะทิเป็นส่วนผสม เช่น ข้าวหมกไก่ ข้าวมันไก่ แกงมัสมั่นไก่หรือเนื้อ นาคิดาแซ่ นาคิลือเมาะ					
9. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง แทนอาหารประเภทผัด ทอด เช่น ปลานึ่ง ปลาดัมส้ม					
10. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงอาหารโดยใช้ไขมันปาล์ม ไขมันมะพร้าว					

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	ปฏิบัติ ประจำ (5-7 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (1-2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
11. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเมื่อ รับประทานอาหาร เช่น น้ำปลา ซอส ปรุงรสต่างๆ					
12. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม จัดเช่น แกงไตปลา นูคู ปลาเค็ม ปลา แป็งแดง ปลาต้ม กุ้งต้ม ไช้เค็ม ผลไม้ ดอง					
13. ท่านรับประทานขนมที่ถึงสำเร็จรูป เช่นฮายี จายา ซือคะ					
<u>ปริมาณของอาหารที่รับประทาน</u> 14. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน จัด เช่นทุเรียนเกิน 1 เม็ด เงาะเกิน 4 ผล ลองกองเกิน 4 ผล อินทผาลัมเกิน 3 เม็ด ต่อวัน					
15. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ ไมโล โอวัลติน ที่ใส่นมและ/หรือน้ำตาลเกิน 1 แก้วต่อ วัน					
16. ท่านรับประทานขนมที่มีรสหวาน จัด เช่น ชิมอลาบู ปู๊อิงปะแซ ลอปัดดี แก เกิน 1 ถ้วยต่อวัน					

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	ปฏิบัติ ประจำ (5-7 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (1-2 ครั้ง ต่อเดือน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
17. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลา ปลาหมึก กุ้ง หอย เกิน 2 ซ้อนกินข้าว ต่อวัน					
18. ท่านรับประทานนมมากกว่า 2 ซ้อนกินข้าวต่อวัน					
19. ท่านรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ 6-8 ทัพพีต่อวัน					
20. ท่านรับประทานข้าวสวย ข้าวเหนียว บะหมี่ โรตีสี ละแซ ละซอ ขนมจีนหรือก๋วยเตี๋ยวเกิน 2 ทัพพีต่อมื้อ					
21. ท่านรับประทานผัก เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักกวางตุ้ง 4-6 ทัพพีต่อวัน					
<u>แบบแผนมื้ออาหาร</u>					
22. ท่านรับประทานอาหารมากกว่าวันละ 3 มื้อต่อวัน					
23. ท่านรับประทานอาหารเย็นปริมาณมากกว่ามื้ออื่นๆ					
24. ท่านรับประทานอาหารค่ำหรือมื้อดึก (หลัง 20.00 น.)					

ภาคผนวก ฉ
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

- คำชี้แจง** เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
- ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ภาคผนวก ข)
 - ส่วนที่ 2 ตัวอย่างคู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะ
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
 - ส่วนที่ 3 แผนการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วย
เบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 ตัวอย่างคู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

**คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
มุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด**

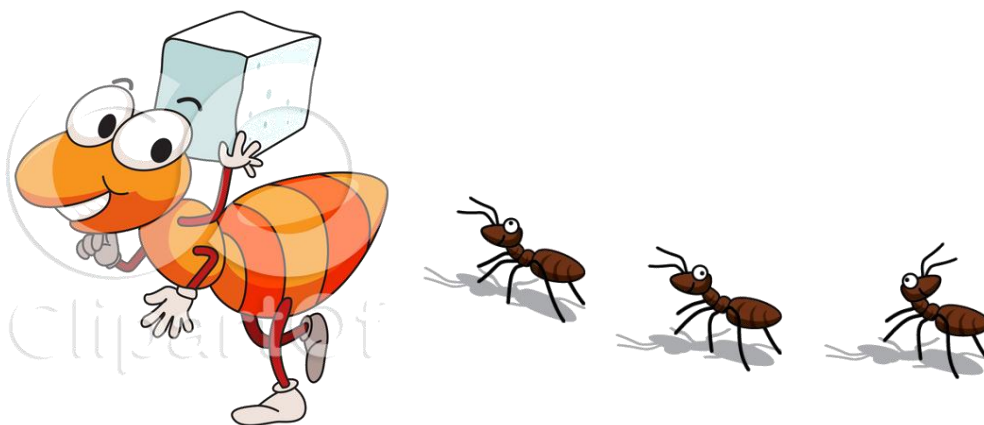


บ.ส.ฮามีดี๊ะ แวนละ
นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ภาวะโรคเบาหวานระยะที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืนมาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือตรวจพบค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) มากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์ (ADA, 2012; ADA, 2017)



สาเหตุที่ทำให้ดควบคุม



ประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้แก่

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร

- ⊕ ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็ม
- ⊕ ไม่ควรรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการ
- ⊕ ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและสัมพันธ์กับเวลากินยา



ความเครียด

- ⊕ จะเป็นตัวกระตุ้นให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ยา

- ⊕ ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาร่วมด้วย หากใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น ลืมรับประทาน/ฉีดยา หรือไม่ยอมรับประทานอาหาร หลังจากที่ได้รับประทาน/ฉีดยาแล้ว หรือรับประทานยาก่อนอาหารนานเกินไป จะส่งผลให้ยาไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่และระดับน้ำตาลในเลือดก็ไม่สามารถลดลงได้เท่าที่ควร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้





อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานระยะที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

อาการบ่งชี้ของโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มี
ดังนี้

1. ถ่ายปัสสาวะมาก เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของ
การดูดกลับของไต ร่างกายก็จะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ
ผู้ป่วยจึงมีอาการถ่ายปัสสาวะมากและถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง



2. ดื่มน้ำมาก เมื่อร่างกายมีการสูญเสียน้ำมากจากการขับถ่ายปัสสาวะ
ร่างกายจึงเกิดภาวะขาดน้ำ ทำให้ผู้ป่วยกระหายน้ำมากยิ่งขึ้น
จึงมีการดื่มน้ำบ่อยและดื่มในปริมาณมาก



3. น้ำหนักลด เมื่อเซลล์ในร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ จึง
ต้องปรับเปลี่ยนโดยการสลายไขมันและโปรตีนไปเป็นพลังงานแทน รวมทั้งการ
มีภาวะขาดน้ำร่วมด้วย จึงทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว





ผลกระทบจากโรคเบาหวาน

ระยะที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานระยะที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เข้าสู่ภาวะปกติได้ ถ้าปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เป็นภาวะของอาการที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและรวดเร็ว ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือทันทีจะเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตได้ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง



2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

⊕ ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา เกิดอาการสายตารั่วมัว



⊕ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตมักจะเสื่อม จนเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง



⊕ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท มีความรู้สึกลึบหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า



⊕ โรคหลอดเลือด ผู้เป็นเบาหวาน จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบและอัมพาตชนิดหลอดเลือดตีบได้สูง



แต่ถ้าเราดูมน้ำตาลได้ จะสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้สบายเลยครับ

⊕ แผลเรื้อรังจากเบาหวาน



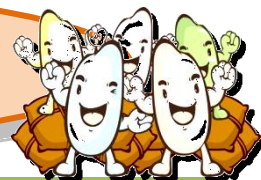
น่ากลัวทั้งนั้นเลย!



★ หลักการแลกเปลี่ยนอาหาร

ต้องควบคุมชนิดและปริมาณที่รับประทาน โดยใช้หลักการอาหารแลกเปลี่ยน
แบ่งเป็น 6 หมวด ดังนี้

1. หมวดข้าวและแป้ง ที่ควรรับประทาน ปริมาณ 1
ส่วน ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี



ตัวอย่าง หมวดข้าว และแป้ง	ปริมาณที่กินได้ ต่อ 1 มื้อ	ตัวอย่างอาหาร	ข้อควรระวัง
ข้าวขำ	1 ทัพพี (ใส่บุญดูไม่เกิน 1-2 ช้อนชา/มื้อ)		1. เมื่อเลือก รับประทาน ก๋วยเตี๋ยวหรือขนม ปังแล้ว <u>ต้องดหรือ</u> <u>ลดข้าวในมือนั้นลง</u> <u>ตามสัดส่วนที่</u> <u>กำหนด</u>
ข้าวกล้อง	1 ทัพพี (5 ช้อนกินข้าว)		2. อาหารในกลุ่มนี้ รับประทานได้มีอิสระ 2-4 ส่วน
ข้าวเหนียวสุก	½ ทัพพี (3 ช้อนกินข้าว)		3. ควรเลือก รับประทานข้าวซ้อม มือหรือขนมปังที่ทำ จากแป้งที่ไม่ขัดสี เพื่อจะได้ใยอาหาร เพิ่มขึ้น
ขนมจีน	1 จับใหญ่		
ก๋วยเตี๋ยวลวก หรือเส้นหมี่ เล็กใหญ่	9 ช้อนกินข้าว		
ขนมปังกรอบ จืด	3 ชิ้น		

ตัวอย่างหมวดข้าวและแป้งที่ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม
ควรเลือกรับประทาน 1-2 ครั้งต่อเดือน รับประทาน
1 อย่างใน 1 มื้อต่อวันเท่านั้น

หมวดอาหาร	อาหาร แลกเปลี่ยน 1	อาหาร แลกเปลี่ยน 2	อาหาร แลกเปลี่ยน 3	ข้อควรระวัง
 นาซิดาแม 1 ทัพพี	 นาซิโลหะ 1 ทัพพี	 รอกเยาะ 5-6 ช้อนกินข้าว	 ละแซ ½ ลูก	<p>1. ใน 1 มื้อเลือกกินเพียง 1 อย่างเท่านั้น</p> <p>2. ท่านสามารถปรับรายการอาหาร 2 อย่างเข้าด้วยกัน โดยกินอย่างละครึ่งหรือลดสัดส่วนลง แต่เมื่อรวมแล้วประมาณ 1 ส่วน</p> <p>3. หากหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารเหล่านี้ได้ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงและเข้าสู่เกณฑ์ปกติได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>4. เป็นโซนอันตราย สามารถรับประทานได้ 1-2 ครั้งต่อเดือน ถ้าหลีกเลี่ยงไม่รับประทานได้ยิ่งดี</p>
 ข้าวหอม 1 ทัพพี	 ข้าวย่ำ 1 ทัพพี	 มะตะปะ ½ ลูก	 นาสิติไนะ 3-5 ช้อน	
 ลอปเตีแก 2-3 ช้อน	 อะเก๊ะ 1/2 ลูก	 ขนมเจะแมะ 1/2 ลูก	 ขนมกอกชู 1 ช้อน	
 ตะปงอาแป 1/2 ลูก	 ขนมสาแบ 1-2 ช้อน	 ขนมจูน 1/2 ลูก	 ขนมมันไม้กวน 1/2-1 ช้อน	
 ซัมบูชะ 1/2-1 ช้อน	 กอและละซอ 1-2 ช้อน	 ปอลี (ขนมเหนียว) 2-3 ช้อน	 ตือปงป้อลิตอ 1/2 ลูก	

แผนการสอนเรื่อง ในเลือด	แผนการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลอง 30 ราย (รายบุคคล)
ระยะเวลา	1.30 ชั่วโมง
ผู้สอน	นางสาวฮามี๊ะ แวและ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ห่วงโซ่ที่ทำให้โรคเบาหวานกำเริบ อาการและอาการแสดง ผลกระทบจากโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเคล็ดลับสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม 2. ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3. มีทักษะในการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

แผนการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	วิธีการ/ อุปกรณ์/สื่อ	การประเมินผล		เวลาที่ใช้
				เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน	
ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1. พยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบการให้ความรู้ และทำการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแจ้งผลการประเมินในครั้งแรกให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดรับทราบ	<p>ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดสถานที่ให้สะดวกต่อการพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพ โดยการจัดเก้าอี้ให้ผู้ป่วย ญาติ และตนเองนั่งอย่างสะดวกสบาย พูดคุยในสถานที่ที่ไม่มีเสียงดังรบกวนและไม่มีผู้คนเดินพลุกพล่าน จัดเตรียมแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ และปากกาหรือคัลบ์หมึกให้พร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการลงลายมือชื่อหรือการประทับลายนิ้วมือ กล่าวทักทายแนะนำตนเองต่อผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและญาติ พูดคุยเรื่องสุขภาพทั่วไปและขอความร่วมมือเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย อธิบายขั้นตอนของการวิจัยให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ 	พูดคุยอภิปราย			15 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	วิธีการ/ อุปกรณ์/สื่อ	การประเมินผล		เวลาที่ใช้
				เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการ ประเมิน	
		<p>6. ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสะดวกใจในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>7. อธิบายรายละเอียดของเนื้อหาในการควบคุมอาหารอย่างคร่าวๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามโปรแกรมที่จะได้รับ</p> <p>8. รับฟังเหตุผลของผู้ป่วยและญาติในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>9. สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย</p>				
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หวังโซ่ที่ทำให้โรคเบาหวาน</p>	<p>รายละเอียดในการประเมินภาวะโภชนาการมีดังนี้</p> <p>1. ประเมินความรู้เดิมและความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องภาวะโภชนาการซึ่งเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะโภชนาการ มีดังนี้</p> <p>1.1 การคำนวณดัชนีมวลกายและการแปลผล โดยใช้สูตร น้ำหนักตัว</p>	<p>ระยะที่ 2 ประเมินภาวะโภชนาการและประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร</p> <p>- ประเมินภาวะโภชนาการ</p> <p>1. ประเมินความรู้เดิมและความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องภาวะโภชนาการก่อนการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและประเมินความรู้ของตนเอง ทำให้ทราบถึงความต้องการว่าผู้ป่วยต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมในส่วนใด เพื่อนำไปสู่การสอนเนื้อหาที่ตรง</p>	<p>คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับ</p>			35 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	วิธีการ/ อุปกรณ์/สื่อ	การประเมินผล		เวลาที่ใช้
				เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการ ประเมิน	
<p>กำเริบ อาการและอาการแสดง ผลกระทบจากโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเคสคัดค้าน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม</p>	<p>(กิโกลรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร)2</p> <p>2. ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความหมายของภาวะโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2) ห่วงโซ่ที่ทำให้โรคเบาหวานกำเริบ 3) อาการและอาการแสดง 4) ผลกระทบจากโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 5) เคสคัดค้าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม ส่วนรายละเอียดในการประเมินพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยวิธีการบันทึกเกี่ยวกับอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 	<p>ตามความต้องการของผู้ป่วย และญาติ ทำให้การสอนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะโภชนาการ มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การคำนวณดัชนีมวลกายโดยใช้สูตร น้ำหนักตัว (กิโกลรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร)2 โดยใช้เครื่องคิดเลขช่วยในการคิดคำนวณ พร้อมรับฟังปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการคำนวณค่าดัชนีมวลกายทำความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาในการคำนวณค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย 1.2 อธิบายถึงเกณฑ์การแปลผลค่าดัชนีมวลกายซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 ถือว่าอยู่ในภาวะผอม ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23-24.9 ถือว่าอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน ดัชนีมวลกาย 25-29.9 ถือว่าอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 ถือว่าอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 2 1.3 อธิบายถึงเกณฑ์การแปลผลเส้นรอบเอว โดย 	<p>น้ำตาลในเลือด</p> <p>หน้า 3-6</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	วิธีการ/ อุปกรณ์/สื่อ	การประเมินผล		เวลาที่ใช้
				เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการ ประเมิน	
		<p>ผู้ชายจะต้องมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร และผู้หญิงจะต้องมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 80 เซนติเมตร</p> <p>2. ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพื่อให้ถ่ายทอด การดำเนินการประเมินความรู้ในผู้ป่วย จึงควรให้ เวลาในการตอบคำถาม-ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยและญาติ ซึ่ง ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความหมายของภาวะโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2) ห่วงโซ่ที่ทำให้โรคเบาหวานกำเริบ 3) อาการและอาการแสดง 4) ผลกระทบจากโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้ 5) เคล็ดล็บสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมุสลิม <p>- ประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	วิธีการ/ อุปกรณ์/สื่อ	การประเมินผล		เวลาที่ใช้
				เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการ ประเมิน	
		<p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวิธีการบันทึกเกี่ยวกับอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมบริโภคบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาโดยใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งสาระในแบบบันทึกประกอบด้วย รายการอาหาร 6 หมวด และมื้ออาหารพยาบาลเป็นผู้คำนวณพลังงานที่ได้รับต่อวัน และสรุปข้อมูลดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พลังงานที่ได้รับต่อวันว่าปกติ น้อยกว่าหรือมากกว่าปกติ</p>				

ภาคผนวก ข
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
(สำหรับกลุ่มควบคุม)

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางสาวฮามีดี๊ะ แวะและ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่(ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการบริการตามปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งหากท่านมีความสนใจจะเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยยินดีที่จะให้ท่านเข้าร่วมในภายหลัง

การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลาโดยที่ท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆ ที่ควรได้รับ และสิทธิประโยชน์อื่นๆ อันจะเกิดจากผลการศึกษา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมในการนำแนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษา หรือการเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถติดต่อกับข้าพเจ้า คือ นางสาวฮามีดี๊ะ แวะและ หอผู้ป่วยประชารักษ์ 4 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์ 073-510596-7 ในเวลาราชการ หรือ โทรศัพท์ 088-7905153 ได้ตลอดเวลา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....

(นางสาวฮามีดี๊ะ แวะและ)

ผู้วิจัย

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

(สำหรับกลุ่มทดลอง)

สวัสดิ์ละ ดิฉันนางสาวฮามี๊ะ แวะและ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่(ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับการจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการควบคุมอาหาร โดยผู้วิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มแก่ท่าน พร้อมทั้งแจกคู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ท่านนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน และในการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดให้ท่านทำแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนการเข้าร่วมการทำกิจกรรมของโปรแกรมครั้งที่ 1 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะจัดให้ท่านเข้ากิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง จะเป็นการดูแลและประเมินผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานและจะมีการติดตามเยี่ยมอาการและประเมินทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ รวมเป็น 8 สัปดาห์ เมื่อดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมครบทั้ง 3 ครั้งแล้ว ผู้วิจัยจะจัดให้ท่านทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง

การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลาโดยที่ท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ใดๆ ที่ควรได้รับ และสิทธิประโยชน์อื่นๆ อันจะเกิดจากผลการศึกษา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมในการนำแนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษา หรือการเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถติดต่อกับข้าพเจ้า คือ นางสาวฮามี๊ะ แวะและ หอผู้ป่วยประจักษ์ 4 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์ 073-510596-7 ในเวลาราชการ หรือ โทรศัพท์ 088-7905153 ได้ตลอดเวลา

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(นางสาวฮามี๊ะ แวะและ)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดรายข้อ

ตาราง 9

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	กลุ่มทดลอง (n = 30)				ระดับ	กลุ่มควบคุม (n = 30)				ระดับ
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
ชนิดอาหารที่รับประทาน										
1. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลองกอง ทูเรียน ขนุน จำปา มะม่วงสุก	1.73	.52	3.47	.57	ปานกลาง	2.03	.72	2.20	.55	ไม่ดี
2. ท่านรับประทานขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ชีชอม ลาบูน ป๊อจ๊ะปีแซ หมอเคาะ ลอบัดตีแก บาเวซูละ	1.63	.49	3.27	.45	ปานกลาง	2.07	.87	2.20	.76	ไม่ดี

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมควบคุมอาหาร	กลุ่มทดลอง (n = 30)				ระดับ	กลุ่มควบคุม (n = 30)				ระดับ
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
3. ท่านรับประทานผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม หรือผลไม้กระป๋องเช่น ทูเรียนกวน สับปะรดกวน มะม่วงกวน ลำไย/ลิ้นจี่กระป๋อง	2.23	.77	4.27	.45	ดี	2.87	1.07	2.97	.99	ปานกลาง
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น ชา กาแฟ โอเลี้ยง น้ำอัดลม น้ำหวาน	1.30	.53	3.43	.50	ปานกลาง	1.23	.43	1.40	.49	ไม่ดี
5. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอดหนังไก่ทอด ปลาทอด ไข่กรอบทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด	1.20	.41	3.07	.52	ปานกลาง	1.93	.74	2.13	.86	ไม่ดี
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีเนยหรือครีมเทียมเป็นส่วนผสม เช่น โรตีสี มะตะบะ	1.27	.52	3.17	.46	ปานกลาง	1.80	.81	1.93	.74	ไม่ดี
7. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับไก่ ซุปเครื่องในวัว	1.97	.72	3.97	.18	ดี	2.76	1.07	2.76	1.04	ปานกลาง
8. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือกะทิเป็นส่วนผสม เช่น ข้าวหมกไก่ ข้าวมันไก่แกงมัสมั่นไก่หรือเนื้อ นาซิดาแซ นาซิดือเมาะ	1.30	.53	3.17	.38	ปานกลาง	1.90	.76	2.00	.69	ไม่ดี

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	กลุ่มทดลอง (n = 30)				ระดับ	กลุ่มควบคุม (n = 30)				ระดับ
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
9. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง แทนอาหารประเภทผัด ทอด เช่น ปลานึ่ง ปลาต้มส้ม	3.13	.73	4.83	.38	ดี	3.40	.77	3.6	.72	ดี
10. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงอาหารโดยใช้ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว	1.13	.35	3.03	.41	ปานกลาง	1.70	.70	1.83	.65	ไม่ดี
11. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเมื่อรับประทาน อาหาร เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรสต่างๆ	1.17	.38	3.07	.64	ปานกลาง	1.73	.87	1.80	.85	ไม่ดี
12. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเช่น แกงไตปลา บูด ปลาเค็ม ปลาแป้งแดง ปลาต้ม กุ้งต้ม ไข่เค็ม ผลไม้ดอง	1.27	.52	3.17	.53	ปานกลาง	2.03	.81	2.43	1.14	ปานกลาง
13. ท่านรับประทานขนมที่มีกิ่งสำเร็จรูป เช่น ฮา ยี จายา ช็อคโก	2.90	1.58	4.20	.48	ดี	4.23	1.22	4.07	1.31	ดี

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร	กลุ่มทดลอง (n = 30)				ระดับ	กลุ่มควบคุม (n = 30)				ระดับ
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
<u>ปริมาณของอาหารที่รับประทาน</u>										
14. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียนเกิน 1 เม็ด เงาะเกิน 4 ผล ลองกองเกิน 4 ผล อินทผลัมเกิน 3 เม็ดต่อวัน	1.60	.62	3.33	.48	ปานกลาง	2.23	.94	2.3	.79	ไม่ดี
15. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ ไมโล โอวัลตินที่ใส่นมและ/หรือน้ำตาลเกิน 1 แก้วต่อวัน	1.43	.68	3.47	.63	ปานกลาง	1.43	.63	1.53	.63	ไม่ดี
16. ท่านรับประทานขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ช็อกโกแลต ป๊อปปี้แซ่ ลอปปี้ดีเก้ เกิน 1 ถ้วยต่อวัน	1.53	.57	3.30	.47	ปานกลาง	2.20	.96	2.17	.75	ไม่ดี
17. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลา ปลาหมึก กุ้ง หอย เกิน 2 ช้อนกินข้าวต่อวัน	1.83	.69	3.53	.51	ปานกลาง	2.40	.93	2.40	.77	ปานกลาง
18. ท่านรับประทานบุดูมากกว่า 2 ช้อนกินข้าวต่อวัน	1.13	.35	3.33	.55	ปานกลาง	2.00	.91	1.97	.89	ไม่ดี

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมควบคุมอาหาร	กลุ่มทดลอง (n = 30)				ระดับ	กลุ่มควบคุม (n = 30)				ระดับ
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
19. ท่านรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ 6-8 ทัพพีต่อวัน	1.67	1.38	3.00	.45	ปานกลาง	1.47	1.04	1.47	1.04	ไม่ดี
20. ท่านรับประทานข้าวสวย ข้าวเหนียว บะหมี่ ไรต์ ละแซ ละซอ ขนมจีนหรือก๋วยเตี๋ยว เกิน 2 ทัพพีต่อมื้อ	1.23	.43	4.43	.50	ดี	1.83	.59	1.93	.52	ไม่ดี
21. ท่านรับประทานผัก เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักกวางตุ้ง 4-6 ทัพพีต่อวัน แบบแผนมื้ออาหาร	2.83	.79	4.33	.48	ดี	3.00	.74	3.17	.79	ปานกลาง
22. ท่านรับประทานอาหารมากกว่าวันละ 3 มื้อต่อวัน	1.83	1.18	4.33	.48	ดี	2.13	1.43	2.27	1.20	ไม่ดี
23. ท่านรับประทานอาหารเย็นปริมาณมากกว่า มื้ออื่นๆ	1.63	.81	4.70	.47	ดี	1.77	.77	1.93	.64	ไม่ดี
24. ท่านรับประทานอาหารค่ำหรือมื้อดึก (หลัง 20.00 น.)	1.60	.81	4.50	.57	ดี	1.63	.72	1.83	.59	ไม่ดี

ตาราง 10

เปรียบเทียบข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงที่สุด 5 อันดับแรกและต่ำที่สุด 5 อันดับแรกของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n = 30$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงที่สุดและต่ำที่สุด 5 อันดับแรก	กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ
	Mean	SD		Mean	SD	
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงที่สุด 5 อันดับแรก						
9. รับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง						
อย่าง แทนอาหารประเภทผัด ทอด						
เช่น ปลานึ่ง ปลาต้มส้ม	3.13	.73	ปานกลาง	4.83	.38	ดี
23. รับประทานอาหารเย็นปริมาณ						
มากกว่ามื้ออื่นๆ	1.63	.81	ไม่ดี	4.70	.47	ดี
24. รับประทานอาหารค่ำหรือมื้อดึก						
(หลัง 20.00 น.)	1.60	.81	ไม่ดี	4.50	.57	ดี
20. รับประทานข้าวสวย ข้าวเหนียว						
บะหมี่ โรตีสลัด แซ่ซอ ขนมจีน						
หรือก๋วยเตี๋ยวเกิน 2 ทักพิต่อมือ	1.23	.43	ไม่ดี	4.43	.50	ดี
22. รับประทานอาหารมากกว่าวัน						
ละ 3 มื้อต่อวัน	1.83	1.18	ไม่ดี	4.33	.48	ดี
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารต่ำที่สุด 5 อันดับแรก						
19. รับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อม						
มือ 6-8 ทักพิต่อวัน	1.67	1.38	ไม่ดี	3.00	.45	ปานกลาง
10. รับประทานอาหารที่ปรุงอาหาร						
โดยใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว	1.13	.35	ไม่ดี	3.03	.41	ปานกลาง
5. รับประทานอาหารประเภททอด						
เช่น เนื้อทอด หนังกุ้งทอด ปลาทอด						
ไส้กรอกทอด กุ้งทอด	1.20	.41	ไม่ดี	3.07	.52	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุม อาหารสูงสุดและต่ำที่สุด 5 อันดับแรก	กลุ่มทดลอง					ระดับ
	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		
	Mean	SD		Mean	SD	
11. เติมเครื่องปรุงรสเมื่อรับประทาน อาหาร เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรส ต่างๆ	1.17	.38	ไม่ดี	3.07	.64	ปานกลาง
2. รับประทานขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ช็อกโกแลต ป๊อปปี้แซ่ หมอเคาะ ลอ ปัดดีแก บาเวอชูละ	1.63	.49	ไม่ดี	3.27	.45	ปานกลาง

ตาราง 11

เปรียบเทียบข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารสูงสุด 5 อันดับแรกและต่ำที่สุด 5 อันดับแรกของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n = 30$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการ ควบคุมอาหารสูงสุดและ ต่ำที่สุด 5 อันดับแรก	กลุ่มควบคุม					ระดับ
	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		
	Mean	SD		Mean	SD	
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารสูงสุด 5 อันดับแรก						
13. ท่านรับประทานขนมปังที่ สำเร็จรูป เช่น ฮาฮี จายา ซีออะ	4.23	1.22	ดี	4.07	1.31	ดี
9. ท่านรับประทานอาหาร ประเภทต้ม นึ่ง ย่าง แทน อาหารประเภทผัด ทอด เช่น ปลาเนื้อ ปลาต้มส้ม	3.40	.77	ปานกลาง	3.6	.72	ดี
21. ท่านรับประทานผัก เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักกวางตุ้ง 4-6 ทัพพีต่อวัน	3.00	.74	ปานกลาง	3.17	.79	ปานกลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ควบคุมอาหารสูงสุดและ ต่ำที่สุด 5 อันดับแรก	กลุ่มควบคุม					
	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ
	Mean	SD		Mean	SD	
3. ท่านรับประทานผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม หรือผลไม้กระป๋อง เช่น ทุเรียนกวน สับปะรดกวน มะม่วงกวน ลำไย/ลิ้นจี่ กระป๋อง	2.87	1.07	ปานกลาง	2.97	.99	ปานกลาง
12. ท่านรับประทานอาหารที่มี รสเค็มจัดเช่น แองโตะปลา บูด ปลาเค็ม ปลาแป้งแดง ปลาต้ม กุ้งต้ม ไข่เค็ม ผลไม้ดอง	2.03	.81	ไม่ดี	2.43	1.14	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมอาหารต่ำที่สุด 5 อันดับแรก						
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น ชา กาแฟ โอเลี้ยง น้ำอัดลม น้ำหวาน	1.23	.43	ไม่ดี	1.40	.49	ไม่ดี
19. ท่านรับประทานข้าวกล้อง ข้าว ซ้อมมือ 6-8 ทักษิต่อวัน	1.47	1.04	ไม่ดี	1.47	1.04	ไม่ดี
15. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ ไมโล โอวัล ตินที่ใส่นมและ/หรือน้ำตาลเกิน 1 แก้วต่อวัน	1.43	.63	ไม่ดี	1.53	.63	ไม่ดี
11. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเมื่อ รับประทานอาหาร เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรสต่างๆ	1.73	.87	ไม่ดี	1.80	.85	ไม่ดี
24. ท่านรับประทานอาหารค่ำหรือ มื้อดึก (หลัง 20.00 น.)	1.63	.72	ไม่ดี	1.83	.59	ไม่ดี

ภาคผนวก ณ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางสาวลาติพะห์ เจ๊ะเลาะ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส
2. นายแพทย์สุเทพ หะยีสาและ
แพทย์ชำนาญการพิเศษด้านอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส
3. นางปถมรัตน์ เชาวลิต
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวฮามี๊ะ แวและ		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510421122		
วุฒิการศึกษา			
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร ระดับต้น	วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	2538
	พยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อเนื่อง 2 ปี	มหาวิทยาลัยนราธิวาส ราชนครินทร์	2549

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยประจักษ์ 4
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ฮามี๊ะ แวและ, และทิพมาส ชินวงศ์. (2561). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 10(3), (อยู่ระหว่างการจัดพิมพ์)