

การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็เบาหวาน*

เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก** พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์***วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), APN

อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล**** วท.ม. (ชีวสถิติ)

เฉลิมศรี นันทวรรณ***** วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็เบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 400 ราย เป็นกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 200 รายและกลุ่มประชาชนทั่วไปจำนวน 200 ราย ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลรามาริบัติและพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติ เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ในช่วงปี พ.ศ. 2551 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยไคสแควร์ พบว่าการเป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการเป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทดสอบด้วย t-test พบว่า กลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นที่สังเกตว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป มีความเสี่ยงต่อเบาหวานตามเกณฑ์ในระดับสูง ถึงร้อยละ 39 นอกจากนี้ พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ไม่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด ระหว่างสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทีมบุคลากรสุขภาพควรปรับปรุงหรือค้นหากลยุทธ์ใหม่ในการที่จะทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และประชาชนทั่วไปที่ยังไม่เกิดโรคเบาหวาน มีความตระหนักถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานให้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต

คำสำคัญ: การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ญาติสายตรงลำดับแรก เบาหวาน

*การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหิดล งบประมาณส่งเสริมนักวิจัยรุ่นใหม่ประจำปี 2550

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: rapum@mahidol.ac.th

***พยาบาล (ผู้เชี่ยวชาญ) และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคเบาหวาน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

****นักวิจัย กลุ่มงานระบาดวิทยาคลินิกและชีวสถิติ สำนักงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็เบาหวาน

ความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ที่นับวันยังมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกได้มีการประมาณการณ์ไว้ในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ที่เป็นเบาหวานประมาณ 177 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ที่เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าหรือประมาณ 300 ล้านคน (World Health Organization, 2002) สำหรับในประเทศไทย มีการคาดการณ์ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.4 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 3.7 ในปี พ.ศ. 2568 (King, Aubert, & Herman, 1998) และในปี พ.ศ. 2543 ที่ผ่านมานี้ ได้มีการสำรวจประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าเป็นเบาหวานสูงถึงร้อยละ 9.6 ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 50 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน (Aekplakorn et al., 2003)

เบาหวานเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานจากแพทย์ช้าเกินไป โดยเฉลี่ยจะได้รับการวินิจฉัยช้าไปประมาณ 9-12 ปี (Diabetes Control and Complications Research Group, 1993) ฉะนั้นในผู้ที่เป็นเบาหวานหลายรายรู้ว่าเป็นเบาหวานเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว เช่น ตาบอด ไตทำงานบกพร่องต้องทำการฟอกไต หรือถูกตัดเท้าจากปลายประสาทเสื่อมและอื่นๆ ทำให้การดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตด้อยลง รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น กระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและของรัฐ ฉะนั้นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนทั่วไปและในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความจำเป็น

เบาหวานเป็นโรคทางเมตาบอลิซึม มีลักษณะสำคัญคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งถ้าปล่อยให้น้ำตาลในเลือดสูงนานๆ จะทำให้เกิดความเสื่อมหรือเสียหายที่

ของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ตา ไต ปลายประสาทและหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ 1) เบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเกิดจากขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง 2) เบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากขาดอินซูลินบางส่วนหรือดื้อต่ออินซูลินหรือเกิดจากทั้งสองสาเหตุ 3) เบาหวานจากสาเหตุอื่นๆ เช่น เกิดจากตับอ่อนอักเสบ เชื้อไวรัส ยาบางชนิด และ 4) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวานชนิดที่สามารถป้องกันได้โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง คือ เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นเบาหวานที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทั้งหมด (American Diabetes Association [ADA], 2009)

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (2009) เสนอแนวทางในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานดังนี้ 1) ประเมินในทุกคนที่อ้วนหรือมีดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI] 25 กก./ม² ขึ้นไป) และมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ มีกิจกรรมทางกายน้อย มีญาติสายตรงลำดับแรกเป็นเบาหวาน เคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไป หรือกำลังอยู่ระหว่างการรักษาความดันโลหิตสูงอยู่ มีระดับไขมันในเลือดชนิดดีหรือ เอชดีแอลคอเลสเตอรอล (high density lipoprotein cholesterol: HDL-cholesterol) น้อยกว่า 35 มก./ดล. ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) มากกว่า 250 มก./ดล. ในหญิงที่มีประวัติถุงน้ำที่รังไข่ (polycystic ovarian syndrome: PCOS) หรือมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลการทดสอบระดับกลูโคสขณะอดอาหารในครั้งก่อนสูงผิดปกติ (impaired fasting glucose: IFG) หรือ ระดับน้ำตาลที่ 2 ชั่วโมงหลังการทดสอบสูงผิดปกติ (impaired glucose tolerance: IGT) 2) ประเมินในคนที่ไม่มีอยู่ตามเกณฑ์ในข้อ (1) เมื่ออายุ 45ปีขึ้นไป และ 3) ถ้าผลการประเมินไม่พบภาวะเสี่ยงให้ประเมินซ้ำไม่เกินทุก 3 ปี (ADA, 2009)

เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก และคณะ

สำหรับแนวทางในการป้องกันหรือชะลอทำให้เกิดโรคเบาหวานให้ช้าที่สุด คือในผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (prediabetes) ควรได้รับคำแนะนำให้ลดน้ำหนักลงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัว และเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น เดินเร็วๆ อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และติดตามประเมินผลระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร หรือ ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง ภายหลังการทดสอบความทนกลูโคส ทุกๆ ปี เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการเกิดโรคเบาหวาน (ADA, 2009) ซึ่งจากข้อมูลและงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมา การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปให้มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด (Diabetes Prevention Program Research Group [DPPRG], 2002; Pan, 1997; Tuomilehto, 2001) ฉะนั้น การศึกษาการรับรู้ความเสี่ยง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน รวมทั้งวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งกลุ่มเสี่ยงในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็นเบาหวานและประชาชนทั่วไป ซึ่งยังไม่มีการศึกษามากนัก น่าจะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานและประชาชนทั่วไปที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

2. เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ระหว่างกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานและประชาชนทั่วไปที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

4. ศึกษาเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานกับประชาชนทั่วไปที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยง ในญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยประยุกต์กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ กรีนและครูเตอร์ (Green, & Kreuter, 1991) และโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่ว่าการรับรู้ของบุคคล หรือ ความเชื่อจะเป็นการตัดสินใจที่บุคคลที่มีต่อการกระทำหรือปรากฏการณ์ใด ๆ ว่าเป็นความจริง ถูกต้องหรือไม่ ความศรัทธา ความไว้วางใจ และความจริงจะเป็นสิ่งที่ใช้แสดงออก เพื่อเป็นนัยแห่งความเชื่อถือต่างๆ แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้จากการปฏิบัติตน การมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำ ซึ่งจุดเด่นของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพคือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลเป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ต้องการจะวินิจฉัยสถานการณ์ในเรื่องของการรับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่มีความเสี่ยงจึงให้ความสำคัญต่อการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานของญาติ

การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็เบาหวาน

สายตรงของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประการแรก เพราะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ม่ประวัติในครอบครัวเป็นเบาหวาน และเป็นบันไดขั้นแรกของการหาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคในผู้ที่ยังไม่เกิดความเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลสนับสนุนในเรื่องของความสำคัญของการรับรู้ปัญหาซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ ดังผลการศึกษาของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ ปี พ.ศ. 2544 พบว่า ผู้เป็นโรคเบาหวานในประเทศไทยจำนวนเกือบ 2 ล้านคน มีเพียงครึ่งหนึ่งที่รู้ว่าตัวเองเป็นเบาหวาน และน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Aekplakorn et al., 2003; สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2544) ซึ่งจากผลการศึกษาสนับสนุนว่าประชาชนจำนวนมากยังขาดการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยไม่ดีเท่าที่ควร

อีกประการหนึ่งเนื่องจาก ปัจจุบันยังไม่มีข้อเสนอแนะให้ประชาชนทั่วไปตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยการตรวจเลือด เนื่องจากผลที่ได้ยังไม่คุ้มค่าใช้จ่าย แต่แนะนำให้ทำเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงซึ่งส่วนใหญ่ได้ทำเมื่ออายุ 40 ปี ขึ้นไป (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2551) แต่ก็ยังมีผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นจำนวนมาก ทำให้ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้วจึงจะมาได้รับการวินิจฉัย ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จำเป็นต้องทำการศึกษาควบคู่กับการรับรู้ความเสี่ยงในครั้งนี้ด้วย เพื่อดูความสอดคล้องของความเสี่ยงที่เป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง กับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเป็นไปในแนวทางเดียวกันหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย โดย วิชัย เอกพลากรและคณะ (Aekplakorn et al., 2006) นอกจากนี้ วิถีชีวิตถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลมากที่สุดถึงร้อยละ 54 ของปัจจัยทั้งหมดที่มีผลต่อสุขภาพ (Pender, 1996: Pender & Pender,

1987) ในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้นำเครื่องมือการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรคเบาหวานที่ วิจารณ์ มาสงค์ (2544) พัฒนามาจาก เพนเดอร์ มาใช้ซึ่งประกอบด้วยวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด เพราะการที่จะส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค ควรจะต้องทราบถึงวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ปัจจุบันในทุกด้านของบุคคลก่อน และเป็นที่น่าสนใจเป็นอย่างมากสำหรับการป้องกันเบาหวานในปัจจุบัน ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวาง

มีรายงานว่าโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงนั้นสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (DPPRG, 2002; Pan, 1997; Tuomilehto, 2001) โดยผลการศึกษาในกลุ่มวิจัยโปรแกรมการป้องกันการเกิดเบาหวาน (2002) พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สามารถทำให้การเกิดโรคเบาหวานลดลงถึงร้อยละ 58 การศึกษาของ ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย (2549) พบว่า การให้คำปรึกษาหรือการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่มุ่งลดน้ำหนัก ในคนอ้วนเมื่อลดน้ำหนักลงร้อยละ 7 โดยการบริโภคอาหารไขมันต่ำ และเพิ่มกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันให้มากที่สุดต่อสัปดาห์โดยรวมเวลาที่มีกิจกรรมเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่มีความทนทานต่อการทดสอบน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (IGT) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะอ้วน ได้ถึงร้อยละ 30-50 ฉะนั้นจึงต้องมีการศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างควบคู่กันไปด้วยเพื่อที่จะดูว่ามีพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วและพฤติกรรมใดที่ยังพร่องอยู่ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุภาพร พลายะหาร (2551) ที่ใช้ คำว่า เบาหวาน เป็นคำสำคัญในการสำรวจงาน

วิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยพบว่าเป็นงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองในผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 141 เรื่อง แต่ไม่ปรากฏข้อมูลการศึกษาในญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน ฉะนั้นการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงควบคู่กับการประเมินความเสี่ยง และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน จะทำให้สามารถทราบถึงสถานการณ์ความเสี่ยงในบุคคลกลุ่มเสี่ยงและหาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และเนื่องจาก อายุที่แตกต่างกันจะมีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกันโดยเฉพาะในเรื่องของการรับรู้ต่อสุขภาพ และสำหรับการเกิดโรคเบาหวานนั้นความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (Birch & Greear, 1997) ส่วนเพศนั้นพบว่าในเพศที่แตกต่างกันจะมีรูปแบบของวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน (Monterrosa & Haffner, 1995) นอกจากนี้โอริเอม (1991) กล่าวว่า เพศมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) พบว่าเพศหญิงจะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าในเพศชาย ซึ่งมักจะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของเพศหญิงและเพศชาย ฉะนั้นเพื่อต้องการลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดเนื่องจากปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงได้มีการควบคุมปัจจัยในเรื่องของอายุและเพศที่เหมือนกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรามารัตน์ หรือ อยู่ในชุมชนที่โรงพยาบาลรามารัตน์รับผิดชอบ (catchment areas) กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ

ผู้เป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน และประชาชนทั่วไปที่ครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มละ 200 ราย โดยวิธีการเลือกตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) และใช้วิธีการจับคู่ (matched pairs) ตามอายุและ เพศ และกำหนดขนาดตัวอย่างตามโคเฮน (Cohen, 1988) โดยเจาะจงคุณสมบัติอื่นดังนี้

- 1) เป็นชายและหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถอ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้
- 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน
- 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มี 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะโภชนาการ (น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว) ประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภูมิสำเนา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นลักษณะสเกลและให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วย เท่ากับ -1 คะแนน ไม่แน่ใจ/ไม่รู้ เท่ากับ 0 คะแนน และ เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ได้คือ ช่วง (-14) ถึง 0 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงน้อย ช่วง 1-7 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ต่อความเสี่ยงปานกลาง และช่วง 8-14 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ต่อความเสี่ยงมาก

การหาคุณภาพเครื่องมือ นำแบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับญาติของผู้ที่เป็นเบาหวาน และประชาชนทั่วไปที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง

การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็เบาหวาน

(reliability) ได้เท่ากับ .64 ซึ่งยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ อาจจากลักษณะคำถามที่มีปฏิเสธซ้อนทำให้ผู้ตอบไม่เข้าใจคำถามที่ชัดเจนและเกิดความเข้าใจผิดเคลื่อนได้ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .78

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของวิชัย เอกพลกรและคณะ (Aekplakom et al., 2006) ซึ่งปัจจัยที่ใช้ประเมินความเสี่ยงมีทั้งหมด 6 ปัจจัย คือ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันเลือดสูง และมีประวัติเบาหวานในพ่อแม่พี่น้อง เครื่องมือนี้ถูกพัฒนามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 77 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 60 ที่จุดตัดคะแนน (cut-off point) เท่ากับ 6 แต่ละปัจจัยมีค่าคะแนนที่แตกต่างกัน โดยช่วงคะแนนความเสี่ยงโดยรวมอยู่ระหว่าง 1-17 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวม

ผลคะแนน ≤ 2 หมายถึง มีความเสี่ยงน้อย โอกาสเป็นเบาหวานน้อยกว่า 1 ใน 20 หรือ ร้อยละ 5

ผลคะแนน 3-5 หมายถึง มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น โอกาสเป็นเบาหวานประมาณ 1 ใน 12 หรือ ร้อยละ 8.3

ผลคะแนน 6-8 หมายถึง มีความเสี่ยงสูง โอกาสเป็นเบาหวานประมาณ 1 ใน 7 หรือ ร้อยละ 14.3

ผลคะแนน 9-10 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงมาก โอกาสเป็นเบาหวานประมาณ 1 ใน 4 หรือ ร้อยละ 25

ผลคะแนน > 11 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงมาก ๆ โอกาสเป็นเบาหวาน ประมาณ 1 ใน 3 หรือ ร้อยละ 33.3

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ได้มีการจัดแบ่งกลุ่มความเสี่ยงใหม่ให้มีเพียง 2 กลุ่มเพื่อความชัดเจนในการแปลผลและการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลสุขภาพคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย ได้แก่ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง ≤ 2 ถึง 5 คะแนน และกลุ่มที่สอง

ได้แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงมาก ได้แก่ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 6- >11 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวิภารัตน์ มาสงค์ (2544) ที่ปรับปรุงมาจากพร่องสุขสวัสดิ์ (2541) ซึ่งแปลมาจากเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) วิภารัตน์ มาสงค์ ได้มีการปรับเครื่องมือให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานจากการทบทวนวรรณกรรม และปรับวิธีการประเมินจากใช่-ไม่ใช่ (dichotomous scale) เป็นลิเคิตสเกล 5 ระดับ (Likert scale) แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิชาวไทยจำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) แล้วนำไปปรับแก้ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันจำนวน 35 รายก่อนนำไปใช้จริงงาน ซึ่งเมื่อนำไปใช้จริงได้ค่าความเที่ยงของ Cronbach's alpha ของเครื่องมือเท่ากับ .89 แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 52 ข้อ 6 หมวด โดยวิถีชีวิต 6 ด้าน ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด ซึ่งคำถามเป็นลักษณะ rating scale 1-4 คะแนน คะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ จนถึง 4 คะแนนหมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ ช่วงคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 52-208 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงการมีความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่า สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ค่า Cronbach's alpha ของเครื่องมือเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ID 01-49-26 ย และได้อธิบายความสำคัญและวัตถุประสงค์

ของงานวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลคนเดียวทั้งหมด โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม สถานที่ในการเก็บข้อมูลมี 2 แห่ง คือ หน่วยบริการให้คำปรึกษาของงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรามาริบัติ และ ชุมชนในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรามาริบัติรับผิดชอบ (catchment areas) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัวกับประชาชนที่มารับบริการขอคำปรึกษากับบุคลากรพยาบาลของงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และผู้ที่อยู่ระหว่างรอรับการบริการหรือญาติของผู้มารับบริการในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่เป็นญาติสายตรงหรือไม่เป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน

2. ชุมชนในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรามาริบัติรับผิดชอบ ซึ่งเป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยผู้วิจัยได้แจ้งประธานชุมชนในพื้นที่ดังกล่าวก่อนการเก็บข้อมูลครั้งนี้ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่นั้นๆ เพื่อตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการไปเยี่ยมบ้าน และซักถามประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว แล้วแบ่งออกเป็นกลุ่มที่เป็นญาติสายตรงหรือไม่เป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ศึกษาลักษณะการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภาวะโภชนาการของญาติผู้ที่เป็นเบาหวานและประชาชนทั่วไป โดยใช้สถิติพื้นฐานได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ระหว่างญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน และประชาชนทั่วไป โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

4. เปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานกับประชาชนทั่วไป โดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน และกลุ่มประชาชนทั่วไปมีการกระจายแบบปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 400 ราย เป็นญาติสายตรงของผู้เป็นโรคเบาหวาน และประชาชนทั่วไป กลุ่มละ 200 ราย โดยทั้ง 2 กลุ่มทำการควบคุมในเรื่องของอายุ และเพศ ที่เหมือนกัน โดยได้ทำการทดสอบทางสถิติพบว่ากลุ่มตัวอย่าง อายุ อยู่ระหว่าง 17-82 ปี ($M \pm SD = 42.40 \pm 13.21$ ปี) และกลุ่มประชาชน

**การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ
ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็เบาหวาน**

ทั่วไปอายุระหว่าง 20 – 85 ปี ($M \pm SD = 42.36 \pm 13.18$ ปี) ซึ่งผลการเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .467$) ส่วนเพศ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วย เพศชาย 68 คน (ร้อยละ 34) หญิง 132 คน (ร้อยละ 66) ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มญาติสายตรงของผู้เป็นโรคเบาหวาน กับกลุ่มประชาชนทั่วไปตามลำดับมีดังนี้ ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบต่ำกว่าระดับปริญญาตรีร้อยละ 52 และร้อยละ 61 ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 24.48 กก./ม.² และ 24.32 กก./ม.² และเมื่อแบ่งระดับดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ของชาว

เอเชีย (WHO/IASO/ IOTF, 2000) พบว่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ ($BMI \geq 23$ กก./ม.²) ร้อยละ 57.0 และร้อยละ 57.5 ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ($BMI = 18.5-22.9$ กก./ม.²) ร้อยละ 38.0 และร้อยละ 33.5 ส่วนประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเคยได้รับข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานมาแล้วมากถึง ร้อยละ 92.5 และร้อยละ 81.5 ภูมิสำเนาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีภูมิสำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 61.5 และร้อยละ 56 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 36.5 และร้อยละ 35.5 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน (n = 200)				กลุ่มประชาชนทั่วไป (n = 200)			
		n	%	M $\pm$ SD	Range	n	%	M $\pm$ SD	Range
อายุ (ปี)				42.40 $\pm$ 13.21	17-82			43.36 $\pm$ 13.18	20-85
เพศ	ชาย	68	34			68	34		
	หญิง	132	66			132	66		
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	104	52			122	61		
	ปริญญาตรี	69	34.5			66	33		
	สูงกว่าปริญญา	27	13.5			12	6		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	รวม			24.48 $\pm$ 4.42				24.32 $\pm$ 4.81	
	ต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.5)	10	5			18	9		
	ปกติ (BMI 18.5-22.9)	76	38			67	33.5		
	สูงกว่าเกณฑ์ (BMI $\geq$ 23)	114	57			115	57.5		
การได้รับข้อมูลเรื่องโรคเบาหวาน	เคยได้รับข้อมูล	185	92.5			163	81.5		
	ไม่เคยได้รับข้อมูล	15	7.5			37	18.5		
ภูมิสำเนา	ภาคกลาง	73	36.5			71	35.5		
	ภาคเหนือ	2	1			8	4		
	ภาคใต้	0	0			2	1		
	ภาคตะวันออก	2	1			6	3		
	เฉิงเหนือ								
	ภาคตะวันออก	0	0			1	0.5		
	กรุงเทพ	123	61.5			112	56.0		

เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก และคณะ

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.5 และระดับสูงร้อยละ 26.0 ตามลำดับ และกลุ่มประชาชนทั่วไป การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 และระดับสูงร้อยละ 18.5 ตามลำดับ และ พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 3.82, p = .148$) หรือกล่าวได้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานทั้งในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานและกลุ่มประชาชนทั่วไปอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ ระหว่างกลุ่มญาติสาย

ตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน ($M \pm SD = 8.82 \pm 3.48$) กับกลุ่มประชาชนทั่วไป ($M \pm SD = 4.72 \pm 3.34$) พบว่า กลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.79, df = 398, p < .001$)

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมาจัดแบ่งระดับตามเกณฑ์เป็นระดับต่ำและสูง (ดังตารางที่ 2) พบว่า กลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 81 ส่วนกลุ่มประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ในระดับต่ำ แต่เป็นที่น่าสนใจว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 39 นอกจากนี้พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการเป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 73.50, p < .001$) กล่าวคือ สัดส่วนหรือร้อยละของระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานมากกว่าในกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (N = 400)

คะแนน	กลุ่มญาติสายตรง ของผู้ที่เป็นเบาหวาน		กลุ่มประชาชนทั่วไป		χ^2	p-value
	n	(%)	n	(%)		
การรับรู้ความเสี่ยงต่อเบาหวาน						
ต่ำ	31	15.5	40	20.0	3.82	.148
ปานกลาง	117	58.5	123	61.5		
สูง	52	26.0	37	18.5		
ความเสี่ยงต่อเบาหวานตามเกณฑ์						
ต่ำ	38	19.0	122	61.0	73.50	< .001
สูง	162	81.0	78	39.0		

**การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ
ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยเป็นเบาหวาน**

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานและกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .06, p = .217$) แสดงว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ผลการเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

จากตารางที่ 3 พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน ($M \pm SD = 2.61 \pm 0.38$) กับกลุ่มประชาชนทั่วไป ($M \pm SD = 2.57 \pm 0.46$) โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด พบว่า วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านระหว่างสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N = 400)

วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มญาติสายตรง ของผู้ที่เป็นเบาหวาน	กลุ่มประชาชนทั่วไป	df	t	p-value
	M ± SD	M ± SD			
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.26 ± .59	2.23 ± .65	398	.35	.723
การออกกำลังกาย	2.13 ± .66	2.13 ± .69	398	.02	.982
โภชนาการ	2.53 ± .49	2.51 ± .55	398	.41	.685
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.87 ± .51	2.80 ± .58	398	1.43	.154
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.11 ± .55	3.10 ± .57	398	.24	.809
การจัดการกับความเครียด	2.68 ± .53	2.64 ± .62	398	.73	.467
รวม	2.61 ± .38	2.57 ± .46	398	.76	.451

อภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานกับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ไม่มีบุคคล

ในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งทั้งสองกลุ่มถูกควบคุมปัจจัยในเรื่องของ เพศ และอายุ และเมื่อได้มีการทดสอบทางสถิติพบว่าลักษณะส่วนบุคคลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าปัจจุบันข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีการเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ มากมายจึงทำให้ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือไม่มีความเสี่ยง สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ ฉะนั้นทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของทั้งสองกลุ่มจึงไม่แตกต่างกัน และอยู่ในระดับที่ดีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งถือเป็นสัญญาณที่ดี สำหรับการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยใช้ช่องทางของสื่อต่างๆ เข้ามาช่วยในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารได้ เพราะสื่อมีบทบาทความสำคัญ ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชน และประชาชนเข้าถึงได้และเป็นปัจจัยที่ส่งผลในทางที่ดีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมา ของ ณัฐกฤต ฉายแสง (2543) ที่พบว่าปัจจัยเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทหารประจำการ และจากการศึกษาของวันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร์ กลัมพากร, และพิพัฒน์ ลักษณะิจวัตรกุล (2548) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร์ กลัมพากร, และดุสิต สุจิรารัตน์ (2551) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชาย

อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ของผู้วิจัยทั้งในส่วนของผู้รับฟังและผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่าจากการดำเนินการเก็บข้อมูลในเรื่องของการรับรู้ความเสี่ยง พบว่าประชาชนจำนวนมากยังมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจน หรือไม่ทราบข้อมูลในเรื่องของความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานอย่างแท้จริง เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น การมีประวัติบิดามารดาพี่น้องท้องเดียวกันเป็นเบาหวาน

การดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาลูกกลอน การมีน้ำหนักเกินหรือดัชนีมวลกายเกิน ภาวะอ้วน การมีรอบเอวเกินมาตรฐาน จึงส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมยังคงอยู่ ดังนั้น การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน ข้อมูลที่จะเผยแพร่ควรจะต้องการมีการกรองจากบุคลากรทางสุขภาพและข้อมูลที่ให้มิใช่เพียงแต่รับทราบการเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียว จะต้องการเสนอแนวทางการป้องกันการเกิดโรคไว้ด้วย โดยเฉพาะรายละเอียดของแต่ละบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่างๆ ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ต้องปรับเปลี่ยนและอันตรายของการปฏิบัติตนไม่เหมาะสมแก่การป้องกันโรค

แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) และกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) ที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปควรจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีก 3 องค์ประกอบให้ครบ คือ บุคคลต้องรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และการกระตุ้นให้เกิดการกระทำ ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมา

หนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งช่วงเวลาในการวัดอาจเป็นอีกตัวแปรที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ได้กล่าวคือ ถ้าวัดทันทีหลังจากที่รับรู้ว่าคุณเป็นโรคเบาหวานก็อาจจะได้รับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่สูง แต่เมื่อเวลาผ่านไปการรับรู้อาจจะลดลง ฉะนั้น จำเป็น

การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็นเบาหวาน

ต้องมีการศึกษาระยะยาว อีกทั้งหากมีการกระตุ้นการกระทำจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจะช่วยไ้ระดับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานไม่ลดลงและน่าจะต่างจากคนปกติ ซึ่งสำหรับกลุ่มของญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถชี้ให้เห็นประเด็นเหล่านี้ได้ไม่ยากนัก เนื่องจากเห็นสถานการณ์การดำเนินของโรคผลกระทบต่างๆ ได้จากญาติของตน เพียงแต่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสำคัญกระตุ้นเน้นย้ำให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงตระหนักว่า อะไรคือความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น หากสามารถปฏิบัติตนให้มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคได้

ในด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปซึ่งไม่มีประวัติญาติสายตรงในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ฉะนั้น ถึงแม้จะมีการจำกัดปัจจัยในเรื่องของเพศและอายุซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลแล้วก็ตาม นั้นหมายถึงปัจจัยด้านพันธุกรรมยังคงแสดงอิทธิพลอย่างมาก และเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ วิชัย เอกพลการและคณะ (Aekplakorn et al., 2006) ที่พบว่าในเรื่องของการมีประวัติเบาหวานของญาติสายตรงจะมีความเสี่ยงถึง 4 เท่า ของผู้ที่ไม่มประวัติเบาหวานของญาติสายตรงในครอบครัว ฉะนั้น ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงนี้จะต้องมีการเข้มงวดในการปฏิบัติตนให้มีวิถีชีวิตที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะในเรื่องของโภชนาการ การออกกำลังกาย และความรับผิดชอบด้านสุขภาพ อาจจะด้วยวิธีการให้ข้อมูลสำหรับการปฏิบัติตน การประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น ดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐาน มี

เส้นรอบเอวที่มากกว่าเกณฑ์ มีภาวะความดันโลหิตสูง มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์และอื่นๆ ซึ่งในทางปฏิบัติบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องอาจให้คำแนะนำกับผู้ที่มีความเสี่ยงหลายปัจจัย ให้ได้รับการตรวจคัดกรองโดยวิธีการตรวจเลือดในอายุที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงได้ เช่น แนะนำให้มีการตรวจประจำปีตั้งแต่อายุ 35 ปี เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เร็วเหมาะสมที่สุด เพราะจากการสำรวจประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปพบว่า เป็นเบาหวานสูงถึงร้อยละ 9.6 (Aekplakorn et al., 2003)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือกล่าวได้ว่าไม่ว่าการรับรู้ต่อการเกิดโรคเบาหวานมากหรือน้อย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความเสี่ยงต่อเบาหวานตามเกณฑ์ จากข้อมูลนี้ช่วยยืนยันว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานนั้น ควรจะต้องมีการเน้นย้ำอย่างมากในเรื่องของการรับรู้ถึงปัจจัยความเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการจำกัดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงอยู่เป็นพื้นฐานให้มีความชัดเจน และมีความเฉพาะเจาะจงกับแต่ละบุคคลให้มากขึ้น นอกจากนี้ การประเมินถึงวิถีชีวิตของทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปนั้นก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะต้องมีการประเมินเพื่อให้ทราบถึงสภาพของวิถีชีวิตในปัจจุบันว่ามีความเสี่ยงในด้านใด เพื่อที่จะให้การส่งเสริมและป้องกันโรคเบาหวานได้ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคลมากยิ่งขึ้น

วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะสามารถอธิบายได้ใน 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มยังไม่เกิดความเจ็บป่วยด้วย

โรคเบาหวาน จึงยังไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนที่เหมาะสมหรือมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนประเด็นที่สอง เนื่องจากการที่ทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ไม่แตกต่างกันซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติที่ไม่ต่างกันไปด้วย ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพต้องเน้นหรือกระทำเร่งด่วนในกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งพบว่าด้านที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ ซึ่งทั้งสองด้านนี้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง และอีกด้านหนึ่งที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำเช่นกันคือ ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของบุคคล ฉะนั้น 3 ด้านนี้เป็นสิ่งที่ควรจะต้องให้ความสำคัญอย่างมากเพื่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ในการจัดบริการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันเบาหวาน หรือแม้แต่การจัดบริการให้ความรู้แก่ญาติของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน ควรจะต้องมีการเน้นย้ำในเรื่องของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของญาติสายตรง การให้ข้อมูลต้องให้อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเพื่อกระตุ้นเตือนให้รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอยู่เสมอ การให้ข้อมูลกับทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มประชาชนทั่วไปนั้นควรเน้นในเรื่อง การออกกำลังกาย โภชนาการ บอกถึงประโยชน์ที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และชี้ให้เห็นโทษหรือความรุนแรงของโรคหากไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี โดยแพทย์และพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับกลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานมากขึ้นควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีการศึกษาติดตาม

ระยะยาวให้มารับการประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆ อย่างเหมาะสมรวมถึงการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานด้วย ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าหากบุคลากรทุกฝ่าย กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันการเกิดโรคที่ชัดเจน และในเรื่องของรูปแบบบริการที่จัดให้แต่ละกลุ่มคือกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มประชาชนทั่วไปควรมีรูปแบบในการให้บริการที่แตกต่างกันหรือมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละปัจจัยความเสี่ยง หรือในเรื่องของความถี่ของการติดตามเพื่อป้องกัน อาจจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งต่อไปว่ารูปแบบใดจะมีประสิทธิภาพประสิทธิผลมากที่สุด ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการควบคุมขนาดของปัญหาโรคเบาหวานในอนาคตได้แนวทางในการให้บริการการสร้างเสริมสุขภาพกับญาติผู้ที่เป็นเบาหวาน และประชาชนทั่วไปในการป้องกันการเกิดโรคต่อไปในอนาคต

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และควรการศึกษาที่ครบทั้ง 4 องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนนำมาจัดทำรูปแบบการพยาบาลต่างๆ น่าจะทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการมากที่สุด สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ควรมีการประเมินร่วมกับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเพื่อเป็นการยืนยันความเสี่ยงในเชิงประจักษ์มากขึ้นเพราะคุณภาพของเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่ระดับหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และมหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยให้ลุล่วงไปด้วยดี

การรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็เบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- นายศรี สุพรรณศิลป์ชัย. เบาหวาน. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2549, จาก website: <http://dpc10.ddc.moph.go.th/dm.htm>
- เย็นฤดี แสงเพ็ชร, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร์ กลัมพากร, และดุสิต สุจิรารัตน์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 22(2), 17-29.
- ณัฐฤช ฉายแสง. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารประจำการ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร์ กลัมพากร, และพิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล. (2548). รายงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภารัตน์ มาสงค์. (2544). ปัจจัยส่วนบุคคล วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551*. Retrieved 8 มกราคม 2552, จาก http://www.thaiendocrine.org/news_detail.php?news_id=206
- สุภาพร พลายระหาร. (2551). การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาภรณ์ ธนะเกียรติวารี. (2531). การศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิด NIDDM: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2544). ระบบสุขภาพของประเทศไทย. เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาแบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ดีไซร์.
- อาพร ว่องสุขสวัสดิ์ (2541). *วิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aekplakorn, W., Bunnag, P., Woodward, M., Sritara, P., Cheepudomwit, S., Yamwong, S., et al. (2006). A risk score for predicting incident diabetes in the Thai population. *Diabetes Care*, 29(8), 1872-1877.
- Aekplakorn, W., Stolk, R. P., Neal, B., Suriyawongpaisal, P., Chongsuvivatwong, V., Cheepudomwit, S., et al. (2003). The prevalence and management of diabetes in Thai adults. *Diabetes Care*, 26, 2758-2763.
- American Diabetes Association. (2005). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 28(Suppl. 1), S4-S36.
- American Diabetes Association. (2009). Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care*, 32 (Suppl.1), S13-61.
- Birch, C., & Greear, K. H. (1997). Nursing care of clients with endocrine disorder of the pancreas. In J. M. Black, & E. Massarin-Jacobs (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for continuity of care* (5thed., pp. 1955-2002). Pennsylvania, PA: W.B. Saunders.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nded.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Diabetes Control and Complications Research Group. (1993). The effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complication in insulin dependent diabetes mellitus: The diabetes control and complication trial. *New England Journal of Medicine*, 329, 977-986.
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.

เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก และคณะ

- Green, L. W., & Kreuter, M. W., (Ed.). (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2nd ed.). Toronto, Canada: May field.
- King, H., Aubert, R. E., & Herman, W. H., (1998). Global burden of diabetes 1995–2025. *Diabetes Care*, 21(9), 1414–1431.
- Monterrosa, A. E., & Haffner, S. M. (1995). Sex difference in lifestyle factors predictive of diabetes in Mexican-Americans. *Diabetes Care*, 18(4), 448–456.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Pan, X. R., Li, G. W., Hu, Y. H., Wang, J. X., Yang, W. Y., An, Z. X., et al. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*, 20, 537–544.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). *Health promotion in nursing practice* (1st ed.). California, CA: Appleton & Lange.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. San Francisco, CA: Thomson Reuters.
- Tuomilehto, J., Lindstorm, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hamalainen, H., Ilanne-Parikka, P., et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by change in life-style among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344, 1343–1350.
- World Health Organization. (2002). Diabetes: The costs of diabetes. Retrieved April 28, 2006, from <http://.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/print.html>
- World Health Organization [WHO]/International Association for the Study of Obesity [IASO]/International Obesity Taskforce [IOTF]. (2000). The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. Retrieved April 28, 2006, from http://www.idi.org.au/obesity_report.htm

Perceived Risk, Criteria-Based Risk to Diabetes Mellitus, and Health-Promoting Lifestyles in the First Degree Relatives of Persons with Diabetes Mellitus*

Petcharat Kerdonfag** M.N.S. (Community Health Nursing)

Boonchan Wongsunopparat*** M.S. (Nursing), APN (Diabetes)

Umaporn Udomsubpayakul**** M.S. (Biostatistics)

Chalerm Sri Nuntawan***** M.Sc. (Public Health Nursing)

Abstract: The purpose of this descriptive study was to explore perceived risk, criteria-based risk to diabetes mellitus, and health-promoting lifestyle in the first degree relatives of patients with diabetes mellitus. Four hundred cases with purposive sampling were recruited—200 first degree relatives of persons with diabetes mellitus and 200 lay people. The study was conducted from January to December 2008 in Ramathibodi Hospital and catchment areas. Data collection was conducted in 2008 using four questionnaires. Using chi-square test, results showed that being the first degree relatives of persons with diabetes was not significantly correlated with perceived risk to diabetes. However, criteria-based risk to diabetes and being the first degree relatives of persons with diabetes were significantly correlated. Using t test, results revealed that the mean score of criteria-based risk to diabetes in the first degree relatives of persons with diabetes was significantly higher than that in the lay people. However, it is noted that 39% of the lay people were in the high level of criteria-based risk. In addition, perceived risk to diabetes and criteria-based risk to diabetes were not significantly correlated. When the mean scores of the health-promoting lifestyle for 6 dimensions (health responsibility, physical activity, nutrition, interpersonal support, spiritual growth, and stress management) between both groups were compared, no significant differences were found. These findings suggested that health care providers need to implement appropriate strategies for the first degree relatives of persons with diabetes mellitus and lay people at risk to engage in healthy lifestyles in order to decrease risks to diabetes in the future.

Keywords: Perceived risk, Criteria-based risk to diabetes mellitus, Health-promoting lifestyles, First degree relatives, Diabetes mellitus

*This study was funded by Mahidol University Research Grant, New Generation Researcher Type in Year 2007

**Corresponding author, Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: rapum@mahidol.ac.th

***Advanced Practice Nurse (APN) in Diabetes, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Researcher, Research Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*****Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University