

Received: 5 Nov 2019, Revised: 2 Dec 2019

Accepted: 6 Dec 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่ปืม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา

กฤษฎา คำมาปัน^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่ปืม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ สมรรถนะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองใช้ระยะเวลา 9 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ paired t-test ผลการวิจัยพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ สมรรถนะ และพฤติกรรมหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนให้โปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 และ หลังให้โปรแกรม ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ และสมรรถนะ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับพฤติกรรม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม ด้านความรู้ และสมรรถนะการบริโภคอาหาร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ โปรแกรม ความรู้การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี แม่ปืม จังหวัดยะลา

* Corresponding author: surawich2509@gmail.com

Original Article

The Education Program and Promoting Self-Efficacy on Food Consumption Behavior of Diabetic Patients in Maepuem Sub District, Mueang District, Phayao Province

Grichakhun Khammapun^{1,*}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of the educational program and promote self-efficacy on food consumption behavior of diabetic patients in Maepuem sub district, Mueang district, Phayao province. The diabetic patients were separated into experimental groups and control groups of 30 people per group. Data were collected with knowledge, competency and food consumption behavior test both before and after joining the self-care program for a period of 9 weeks. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test and paired t-test. The results showed that the average score, knowledge, competency and behavior after giving the program was higher than before giving the program with statistical significance ($p < 0.05$) for both the experimental group and the control group. The comparison between before giving the program was showed that experimental group and control group was not different at the level of 0.05. And after giving the program, the average score of knowledge and performance of the experimental group was higher than the control group with statistical significance ($p < 0.05$) while the experimental group behavior was higher than the control group and was not different at the level of 0.05, therefore it could be concluded that the education program and promoting self-efficacy on food consumption behavior of diabetic patients could be applied in the promotion of knowledge and food consumption performance effectively.

Keywords: Knowledge of self-efficacy program, Food consumption behavior Diabetics

¹ Public Health Officer, Maepuem Queen Sirikit Health Center, Phayao Province

* Corresponding author: surawich2509@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสถานการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 และเป็นสาเหตุการตายค่อนข้างสูงกล่าวคือมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 1.5 ล้านคน¹ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคน ในปัจจุบันประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คนป่วยเป็นโรคเบาหวานในอนาคต² นอกจากนี้โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายระบบ ทั้ง ฟันและเหงือก ตา ไต หัวใจ สมอง และหลอดเลือดแดง รวมทั้งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเศรษฐกิจและสังคม โดยมีการคาดการณ์ในปัจจุบันในปี 2562 ประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวาน 3.5 ล้านคนและมีมูลค่าการรักษา 47,596 ล้านบาทต่อปี³

สาเหตุของโรคเบาหวานที่สำคัญคือ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพดังกล่าวคือหลัก 3 อ 2 ส โดย 3 อ หมายถึง การออกกำลังกายให้เหมาะสม และเพียงพอ วันละ 30 นาที การบริโภคอาหารให้เหมาะสม ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และการปรับอารมณ์ให้ไม่ให้เกิดเครียดมากเกินไป ส่วน 2 ส หมายถึง ลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁴ ซึ่งการไม่ประพฤติตามหลัก

3อ2ส เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรครวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงขึ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมในการแก้ปัญหา และกระทรวงสาธารณสุขได้ตอบสนองแนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวโดยมีนโยบายให้มีแผนการดำเนินงานในระดับตำบล โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน และดำเนินงานโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน สำหรับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการให้ความรู้และส่งเสริมด้านการรับประทานอาหารได้ดี คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการดำเนินการวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับบริบท ทูทางสังคมและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน

จากสถานการณ์ในจังหวัดพะเยา ปี 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาจำนวน 13,990 คน ในอำเภอเมืองพะเยา มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาจำนวน 3,346 คน และในตำบลแม่ปืม มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาจำนวน 520 คน ซึ่งถือว่าจำนวนที่เพิ่มขึ้นในทุกปีและอัตราการตายด้วยภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 14.36, 16.87 และ 21.63 ตามลำดับ⁵ และข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 คือร้อยละ 34.04, 37.50, 22.72 และ

38.43 ซึ่งปีล่าสุดมีมากที่สุดในปี ย้อนหลังซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นส่วนที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งสิ้น จึงนำไปสู่การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและสร้างเสริมสุขภาพภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 1

ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ

1. ให้ความรู้เรื่องอาหารและสารอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ระยะการกระทำและผลการกระทำ

1. การสาธิตการรับประทานอาหารตามโมเดลอาหาร สัปดาห์ที่ 2-9

การติดตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารโดยอาสาสมัคร 1 คน ต่อกลุ่มเป้าหมาย 1 คน

อาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรต่างๆ ที่สัมพันธ์กันดังนี้

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานอาหาร

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

1. ความสามารถในการจดจำความรู้เรื่องอาหารและสารอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ความสามารถในการจดจำความรู้เรื่อง โภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ความคาดหวังในผลของการกระทำ

1. ความสามารถในการรับประทานอาหารที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน และเค็ม

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ภาพ 1 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับยาที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี แม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 61 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มาจากการศึกษา งาน วิจัย ในปี 2000 ของ Likiratcharoen⁶ เรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ระหว่างปี พ.ศ. 2520-2542 และศึกษาค่าขนาดอิทธิพลและอิทธิพลของลักษณะงานวิจัยต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยจากงานวิจัยทั้งหมด 57 เรื่อง⁷ พบว่าค่า effect size เฉลี่ยของผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง คือ 1.65 นำไปเปรียบเทียบกับขนาดอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ เมื่อนำไปเปิดตารางที่ Power = 0.80 และ alpha = 0.05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมควรมีปริมาณอย่างน้อยที่สุด 25 คน แต่จากการศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีโอกาสรู้อย่างน้อยของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการทดลอง จึงปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเหมาะสมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเล็ม⁸ และ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง⁹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตัวแปรประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเล็ม⁸ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ถ้าตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับคะแนนน้อยปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลการรับรู้สมรรถนะตนเองในการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง⁹ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ รับรู้น้อย รับรู้ปานกลาง และรับรู้มาก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับการรับรู้ต่ำระดับการรับรู้ปานกลาง และระดับการรับรู้มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรม การบริโภคอาหารผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย แบ่งระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ พฤติกรรม การดูแลตนเองต่ำ พฤติกรรม การดูแลตนเองปานกลาง และพฤติกรรม การดูแลตนเองสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำแบบสัมภาษณ์นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยพิจารณาเป็นรายข้อ ซึ่งค่า IOC ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือมากกว่า 0.5 ทุกข้อแล้วบันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนำไปปรับปรุง

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จำนวน 30 คน

3. หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามในส่วนที่ใช้อัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งจะต้องมีค่า 0.7 ขึ้นไป แล้วนำไปทดสอบ โดยใช้ Kuder - Richardson 20 (KR-20)¹⁰ ในการทดสอบคำถามแบบถูกผิด ในส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่าที่ได้คือ 0.70 และใช้สัมประสิทธิ์คอนบราคอัลฟา (Conbachs' alpha)¹⁰ ในการทดสอบคำถามแบบเลือกตอบ โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale)¹⁰ ในส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะตนเองในการบริโภคอาหาร และส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารค่าที่ได้คือ 0.73 และ 0.82 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขึ้นเตรียมการ เตรียมผู้วิจัย ชุมชนเครื่องมือ และขอพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย (เลขที่เอกสารรับรอง 11/2562, จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา)

2. การดำเนินงานในกลุ่มทดลอง

2.1 ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อพหิภักสิทธิและประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจลงนามในใบยินยอม

2.2 ดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคเบาหวาน ได้แก่การให้บริการรับยาเยี่ยมบ้าน การตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน ตามแผนงานประจำ (Routine) ของสถานพยาบาลตามช่วงเวลาที่มีการดำเนินงานวิจัย

2.3 ขึ้นดำเนินการและประเมินผล หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้สื่อ วีดีโอ บอร์ด แผ่นพับ และการสาธิตประกอบการสอน ซึ่งจะให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (นักโภชนาการและเภสัชกรรม) จำนวน 2 ครั้ง ตามระยะของทฤษฎี

สัปดาห์ที่ 1

วันที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ

1. ให้ความรู้เรื่องอาหารและสารอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

วันที่ 2 ระยะการกระทำและผลการกระทำ

1. การสาธิตการรับประทานอาหารตามโมเดลอาหาร

สัปดาห์ที่ 2-9

การติดตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารโดยอาสาสมัคร 1 คน ต่อกลุ่มเป้าหมาย 1 คน เป็นระยะเวลา 2 เดือน แล้ววัดผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งจะมีการวัดความรู้การรับรู้สมรรถนะตนเองและการพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรม

3. การดำเนินงานในกลุ่มควบคุม

3.1 จัดแจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิทักษ์สิทธิ
และประโยชน์ในการเป็นกลุ่มควบคุมงานวิจัย

3.2 ดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา
และฟื้นฟูโรคเบาหวาน ได้แก่การให้บริการรับยา
เยี่ยมบ้าน การตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน ตาม
แผนงานประจำ (Routine) ของสถานพยาบาล
ตามช่วงเวลาที่มีการดำเนินงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และสถิติ Paired sample
t- test และ Independent t – test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า ในกลุ่ม
ทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายส่วนใหญ่อายุ
น้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.67รายได้ต่อเดือนมาก
ที่สุดอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 – 10,000บาท ร้อยละ
46.67 ระดับการศึกษา มากที่สุดประถมศึกษา
ร้อยละ 46.67 ร ในกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่อายุน้อย
กว่า 60 ปี ร้อยละ 60 รายได้ต่อเดือนมากที่สุดอยู่
ที่ น้อยกว่า 5,000 – 10,000 บาท ระดับ
การศึกษามากที่สุดประถมศึกษา ร้อยละ 66.67
แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	กลุ่ม	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	กลุ่มทดลอง	ชาย	16	53.33
		หญิง	14	46.67
		รวม	30	100
	กลุ่มควบคุม	ชาย	13	43.33
		หญิง	17	56.67
		รวม	30	100
2. อายุ	กลุ่มทดลอง	น้อยกว่า 60 ปี	17	56.67
		60 ปี ขึ้นไป	13	43.33
		รวม	30	100
	กลุ่มควบคุม	น้อยกว่า 60 ปี	18	60
		60 ปี ขึ้นไป	12	40
		รวม	30	100
3. รายได้	กลุ่มทดลอง	น้อยกว่า 5,000 บาท	11	36.67
		5,000 – 10,000 บาท	14	46.67
		มากกว่า 10,000 บาท	5	16.67
		รวม	30	100
	กลุ่มควบคุม	น้อยกว่า 5,000 บาท	10	33.33
		5,000 – 10,000 บาท	17	56.67
		มากกว่า 10,000 บาท	3	10
		รวม	30	100

ลักษณะทางประชากร	กลุ่ม	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
4.ระดับการศึกษา	กลุ่มทดลอง	รวม	30	100
		ไม่ได้ศึกษา	7	23.33
		ประถมศึกษา	14	46.67
		สูงกว่าประถมศึกษา	9	30
	กลุ่มควบคุม	รวม	30	100
		ไม่ได้ศึกษา	5	16.67
		ประถมศึกษา	20	66.67
		สูงกว่าประถมศึกษา	5	16.67
		รวม	30	100

2. การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ และ พฤติกรรม พบว่า การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 8.17 ในกลุ่มควบคุม คือ 8.70 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 2.15 ในกลุ่มควบคุมคือ 2.56 ค่า t คือ -0.87 และผลการทดสอบคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.20$) การทดสอบการรับรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 14.37 และกลุ่มควบคุมคือ 14.63 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 1.79 ใน

กลุ่มควบคุมคือ 1.54 ค่า t คือ -0.62 และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.57$) การทดสอบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 18.37 ในกลุ่มควบคุมคือ 18.97 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 1.81 ในกลุ่มควบคุมคือ 1.73 ค่า t คือ -1.31 และผลการทดสอบระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.73$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

การทดสอบ	กลุ่ม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ความรู้ก่อนให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	8.17	2.15	-0.87	0.20
	กลุ่มควบคุม	30	8.70	2.56		

การทดสอบ	กลุ่ม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
การรับรู้ก่อนให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	14.37	1.79	-0.62	0.57
	กลุ่มควบคุม	30	14.63	1.54		
พฤติกรรมก่อนให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	18.37	1.81	-1.31	0.73
	กลุ่มควบคุม	30	18.97	1.73		

3. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรม คือ 8.17 หลังให้โปรแกรม คือ 13.37 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ ก่อนให้โปรแกรม คือ 2.15 หลังให้โปรแกรม คือ 1.16 ค่า t คือ -10.88 และผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) การทดสอบการรับรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรม คือ 5.43 หลังให้โปรแกรม คือ 9.73 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ก่อนให้

โปรแกรม คือ 1.70 หลังให้โปรแกรม คือ 0.52 ค่า t คือ -13.18 และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) การทดสอบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม คือ 18.37 หลังให้โปรแกรม คือ 23.17 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม คือ 1.81 หลังให้โปรแกรม คือ 1.74 ค่า t คือ -13.18 และผลการทดสอบระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การทดสอบ	การให้โปรแกรม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ความรู้	ก่อนให้โปรแกรม	30	8.17	2.15	-10.88	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	13.37	1.16		
การรับรู้	ก่อนให้โปรแกรม	30	14.37	1.79	-21.78	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	24.43	2.09		
พฤติกรรม	ก่อนให้โปรแกรม	30	18.37	1.81	-12.77	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	23.17	1.74		

4. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนให้โปรแกรม คือ 8.70 หลังให้โปรแกรม คือ 9.60 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ ก่อนให้โปรแกรม คือ 2.56 หลังให้โปรแกรม คือ 2.60 ค่า t คือ 2.48 และผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.02$) การทดสอบการรับรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรม คือ 14.63 หลังให้โปรแกรม คือ 17.50 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ก่อนให้

โปรแกรม คือ 1.54 หลังให้โปรแกรม คือ 1.98 ค่า t คือ 8.00 และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) การทดสอบพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มควบคุม ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม คือ 18.97 หลังให้โปรแกรม คือ 20.40 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม คือ 1.73 หลังให้โปรแกรม คือ 1.79 ค่า t คือ -5.00 และผลการทดสอบคะแนนระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	การให้โปรแกรม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ความรู้	ก่อนให้โปรแกรม	30	8.70	2.56	2.48	0.02
	หลังให้โปรแกรม	30	9.60	2.60		
การรับรู้	ก่อนให้โปรแกรม	30	14.63	1.54	8.00	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	17.50	1.98		
พฤติกรรม	ก่อนให้โปรแกรม	30	18.97	1.73	-5.00	<0.001
	หลังให้โปรแกรม	30	20.40	1.79		

5. การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 13.37 ในกลุ่มควบคุม คือ 9.60 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้หลังให้โปรแกรมในกลุ่ม

ทดลอง คือ 1.16 ในกลุ่มควบคุมคือ 2.60 ค่า t คือ 7.62 และผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) การทดสอบการรับรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้หลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 24.43ในกลุ่มควบคุม คือ 17.50 มีค่า

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้หลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 2.09 ในกลุ่มควบคุม คือ 1.97 ค่า t คือ 13.17 และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) การทดสอบพฤติกรรม การรับประทานอาหารกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมรับประทานอาหาร หลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองคือ 23.17 ในกลุ่ม

ควบคุม คือ 20.40 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมมารับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง คือ 1.74 ในกลุ่มควบคุม คือ 1.79 ค่า t คือ 6.06 และผลการทดสอบระดับ พฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.96$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การทดสอบ	กลุ่ม	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ความรู้หลังให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	13.37	1.16	7.26	0.001
	กลุ่มควบคุม	30	9.60	2.60		
การรับรู้หลังให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	24.43	2.09	13.17	0.001
	กลุ่มควบคุม	30	17.50	1.97		
พฤติกรรมหลังให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	30	23.17	1.74	6.06	0.96
	กลุ่มควบคุม	30	20.40	1.79		

สรุปผลและอภิปรายการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่

ระดับ 0.05 ($p = 0.20$) และผลการทดสอบคะแนนความรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรม ในกลุ่มเดียวกันผลการทดสอบคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และผลการทดสอบคะแนนความรู้ในกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.02$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑามาส จันทรฉาย (2555)¹¹พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและ การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในกรณีที่หลังการให้โปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากขึ้น เป็นผลมาจากการดำเนินงานตามแผนงานประจำของทางสถานบริการ รวมถึงโครงการต่างๆของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล

ผลการวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการให้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มผลการทดสอบคะแนนการรับรู้ก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.57$) และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มเดียวกันผลการทดสอบคะแนนการรับรู้ในกลุ่มทดลองหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้

ในกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภาพันธ์ สุขสวัสดิ์. (2559)¹² พบว่า ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ในอนาคต และพฤติกรรม การปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในกรณีที่หลังการให้โปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้มากขึ้น แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้หลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่านั้นอาจเกิดจากการให้โปรแกรมร่วมกับการดำเนินงานแผนงานประจำของสถานพยาบาล และความหลากหลายของสถานบริการทางการแพทย์ของกลุ่มเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมในการรับประทานอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวาน ระดับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มผลการทดสอบระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.73$) และผลการทดสอบระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05 ($p = 0.96$) ระดับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มเดียวกันและผลการทดสอบคะแนนระดับ

พฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกาญจน์ อยู่คง (2558)¹³ พบว่า ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการกำกับตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้รับรู้ความสามารถตนเอง ($p < 0.05$) มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร ($p < 0.05$) เนื่องจากอาจใช้โปรแกรมในระยะสั้น จึงมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of change) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ซึ่งระยะเวลาสั้นที่สุด ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ต้องใช้เวลา 6 เดือน (กุลธิดา พานิชกุล อ้างใน โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุข ภาพ (Transtheoretical Model: TTM) พัฒนาโดย โพรแชสกาและไดคลีเมนต์ (Prochaska & DiClemente, 1983))¹⁴

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่คอยให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือในกระบวนการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา ที่ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลการทำวิจัย การเป็นผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การให้คำปรึกษาตลอดจนแผนงานต่างๆ ในโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติแม่ปืมที่ให้ความ

ช่วยเหลือด้านข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และให้คำปรึกษาในการทำโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณ วิทยากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553- 2557) [ออนไลน์]. 2559. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2561
file:///C:/Users/Mirumo/Downloads/1367-1357-1-PB.pdf
- วรรณิ นิธิยานันท์. คนไทยป่วย 'เบาหวาน' พุงปวยแล้ว 5 ล้าน ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน พบป่วย 'ไตเรื้อรัง' [ออนไลน์]. 2559 . สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2561
<https://www.hfocus.org/content/2016/11/12992>
- โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต. โรคเบาหวาน (Diabetes). [ออนไลน์]. 2562. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2561
<https://www.hfocus.org/content/2016/11/12992>
- อัญญาณ์ รวยอาจิณ. กรมควบคุมโรคลงนาม 13 อปท. ลดพฤติกรรมเสี่ยง “โรคหัวใจขาดเลือด. [ออนไลน์]. 2560. สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2561

- <https://www.hfocus.org/content/2017/02/13460>
5. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดพะเยา. ระบบข้อมูลคลังโรคเรื้อรังจังหวัดพะเยา [ออนไลน์]. 2561. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2561
<http://www.pyomoph.go.th/pages/index.php>
 6. Likiratcharoen, S. (2000). Meta-analysis of educative-supportive intervention research for diabeticpatient in Thailand. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand. N.P.: n.p.
 7. ลิขิตรัตน์เจริญ. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน. [ออนไลน์]. 2543. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2561
http://www.tnrr.in.th/?page=result_search&record_id=306963
 8. เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม Orem . [ออนไลน์]. 2012. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2561
<https://www.gotoknow.org/posts/115427>
 9. สโรชา อ่อนกลาง. การรับรู้ (Perception) . [ออนไลน์]. 2556. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2561 <https://prezi.com/emxwd3eysqg/perception/>
 10. ปราณี หลาเบ็ญสะ. การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดและประเมินผลง ออนไลน์]. 2559. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2561
<http://edu.yru.ac.th/evaluate/attach/1465551003>
 11. จุฑามาส จันทรรณาย. เรื่องโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. [ออนไลน์]. 2555. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2561
<file:///C:/Users/Mirumo/Downloads/45595-Article%20Text-105622-1-10-20160112.pdf>
 12. นิภานันท์ สุขสวัสดิ. เรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ แห่่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองใน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าสะท้อน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. [ออนไลน์]. 2559. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2561
https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=158&lang=th
 13. สุกาญจน์ อยู่คง. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 . [ออนไลน์]. 2558. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2561
http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/knowledgefiles/19____.pdf
 14. กุลธิดา พานิชกุล. อ่างใน โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(Transtheoretical Model: TTM) พัฒนา
โดยโปรแชสกาและไดคลเมนเต้ (Prochaska
& DiClemente, 1983) การประยุกต์ใช้โมเดล
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical
Model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย). [ออนไลน์]. 2556. สืบค้นเมื่อ 20
กรกฎาคม 2562
http://journal.knc.ac.th/pdf/19_1_2556_6.pdf