บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงในนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

Predictive Factors of Diabetes Mellitus Preventive Behaviors Among Pregnant Women at Risk in Vientiane Capital, Lao PDR

ทิพจันทร์ วิลาวงศ์[1] พิริยา ศุภศรี[2] ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี[2]*

Thipphachanh Vilavong[1] Piriya Suppasri [2] Tatirat Tachasuksri[2]*

[1]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

[1]Master's degree in Nursing student, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand.

[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

[2]Associate Professor, Faculty of Nursing Burapha University, Chonburi, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: supiriya@buu.ac.th*

**Corresponding author: supiriya@buu.ac.th*

Received 11 May 2026 • Revised 17 August 2026 • Accepted 05 October 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์*: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง* ***วิธีการ****: กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลระดับศูนย์กลาง 4 แห่ง ในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว จำนวน 237 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาและดัดแปลงจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .90–1.00 และค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .85–.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ* ***ผลการศึกษา****: พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 54.58, SD = 5.00) ปัจจัยที่ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 34.8 (Adj. R^2 = .348, $F(6,230) = 21.97$, $p < .001$) ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน ($\beta = -.40$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .34$, $p < .001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน ($\beta = .16$, $p < .05$)* ***สรุป****: พยาบาลควรเน้นการลดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะเบาหวาน การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเบาหวานที่เหมาะสม*

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; พฤติกรรมป้องกัน; หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง; ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์; นครหลวงเวียงจันทน์

Abstract

Objective: *This predictive study aimed to identify factors associated with diabetes prevention behaviors among pregnant women at risk for diabetes.* ***Methods:*** *The participants of 237 pregnant women at risk for diabetes who received antenatal care at four hospitals in Vientiane, Lao PDR. Participants were recruited using simple random sampling. Data were collected from January to March 2026 using structured questionnaires developed and adapted based on the Health Belief Model. The instruments consisted of eight parts: a demographic data record form and seven questionnaires measuring perceived susceptibility to diabetes, perceived severity of diabetes, perceived benefits of diabetes prevention, perceived barriers to diabetes prevention, self-efficacy in diabetes prevention, social support, and diabetes prevention behaviors questionnaires. The content validity index ranged from .90 to 1.00, and reliability coefficients ranged from .85 to .96. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.* ***Results:*** *The study findings revealed that overall diabetes prevention behaviors were at a moderate level ($\bar{x}$ = 54.58, SD = 5.00.Perceived barriers to diabetes prevention (β = -.40, p < .001), social support (β = .34, p < .001), and self-efficacy for diabetes prevention (β = .16, p < .05) were significant predictors and accounted for 34.8% of the variance in diabetes prevention behaviors (Adj.R^2 =.348, F(6,230)=21.97, p < .001).* ***Conclusion****: Nurses should focus on reducing perceived barriers to diabetes prevention, enhancing self-efficacy, and promoting family support to foster appropriate diabetes preventive behaviors among pregnant women at risk of diabetes.*

Keywords: Predictive factors; Prevention behaviors; Pregnant women at risk; Gestational Diabetes Mellitus; Vientiane Capital

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellite) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิต โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายลดลง และการจัดการความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั่วโลกพบร้อยละ 14 และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 20.8[1] สำหรับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) แม้ยังไม่มีระบบฐานข้อมูลระดับประเทศเกี่ยวกับภาวะนี้อย่างชัดเจน แต่จากรายงานเกี่ยวกับสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็กเกิดใหม่ ปี พ.ศ. 2567 พบอุบัติการณ์ร้อยละ 11.19 ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาดังกล่าวเริ่มต้องได้รับการเฝ้าระวังและจัดการอย่างเป็นระบบในระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[2] ร่วมกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารหวานและไขมันสูง ขาดกิจกรรมทางกาย และความเครียด เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน[3] ภาวะภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบทั้งมารดาและทารกในทุกระยะของการตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์[4] ทารกตัวโต[5] และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาว[6] ปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญ ได้แก่ อายุ ≥ 25 ปี[7] น้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนตั้งครรภ์[8] ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน[9] ประวัติเคยเป็น ภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์[10] เคยคลอดทารกตัวโตและเคยมีภาวะความดันโลหิตสูง[11] นอกจากนี้ พฤติกรรมด้านวิถีชีวิต เช่น การบริโภคอาหารจานด่วน การรับประทานอาหารพลังงานสูง[9] การขาดกิจกรรมทางกาย[12] และความเครียดสูง[13] ยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านวิถีชีวิตสามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยพยาบาลมีบทบาทความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน

ภาวะดังกล่าว ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุดและการจัดการความเครียด[14]

พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[15] ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการรับรู้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรค ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด[16] นอกจากนี้ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวานและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ[17]ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวบุคลากรทางสุขภาพและบุคคลใกล้ชิดมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์[18]

ในบริบทของนครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว อุบัติการณ์ของภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและวิถีชีวิตได้แก่ การเข้าสู่สังคมเมือง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคอาหารไปสู่ความสะดวกสบาย และอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันและน้ำตาลสูง รวมทั้งการพึ่งพาเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้น ทำให้กิจกรรมทางกายลดลงและเวลาการนั่งเพิ่มมากขึ้น[19] ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง โดยอาศัยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว อยู่ในระดับใด

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบการศึกษา

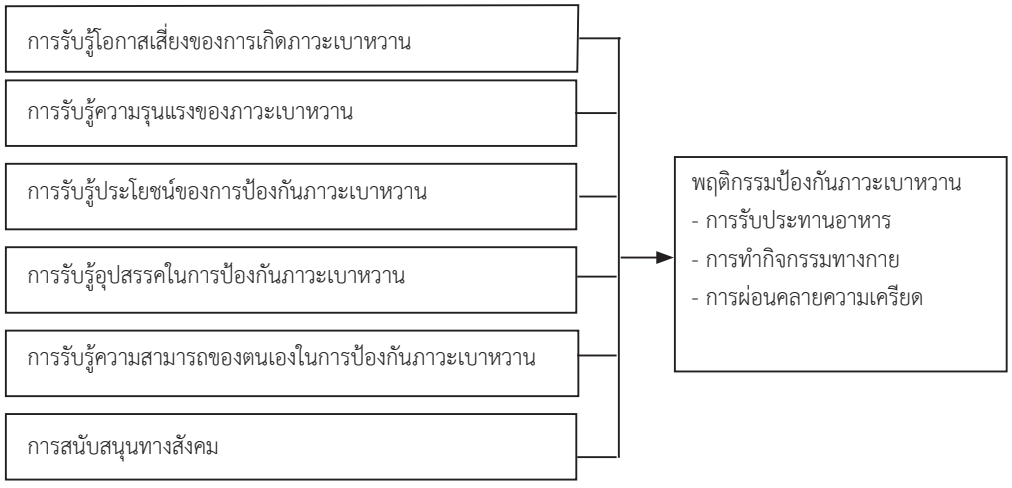
การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์แบบทำนาย (Predictive correlational research)

สมมติฐาน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[15] ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอธิบายว่าการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และปัจจัยชักนำสู่พฤติกรรมป้องกันโรค (Cues to action) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เป็นกรอบในการอธิบาย ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง โดยพิจารณาว่าการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวาน ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน เมื่อรับรู้การเพิ่มโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะเบาหวานสูง จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานสูง (2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะ เบาหวาน เมื่อรับรู้ผลกระทบของภาวะเบาหวานที่รุนแรงต่อสุขภาพของตนเองและทารกสูง จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานสูง (3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน เมื่อรับรู้ผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานสูง จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานสูง (4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะเบาหวาน เมื่อรับรู้สิ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานสูง จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน ภาวะเบาหวานต่ำ ตรงกันข้าม เมื่อรับรู้สิ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานต่ำ จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานสูง (5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันภาวะเบาหวาน เมื่อรับรู้ความเชื่อมั่นของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานสูง จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานสูง (6) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานสูง จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานสูง ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลระดับศูนย์กลาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง ในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว ได้แก่ โรงพยาบาลมโหสถ โรงพยาบาลเชษฐาธิราช โรงพยาบาลมิตรภาพ โรงพยาบาลแม่และเด็กเกิดใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลดังกล่าว จำนวน 237 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2569 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ (1) มีความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งข้อ ตามเกณฑ์ของ The Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus[20] ดังนี้ (1) อายุ ≥ 35 ปีขึ้นไป (2) ภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร^2 ก่อนตั้งครรภ์ (3) มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน (4) มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่2 (5) มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม (6) ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ≥ +1 และ (7) ได้รับการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยว่าไม่เป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยวิธี 75 g. OGTT 2) อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 จนถึง 28 สัปดาห์ และ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาลาวได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ(poweranalysis)สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.10[21] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95[22] และตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ภายใต้เงื่อนไข Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 215 ราย และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล[23] รวมเป็น 237 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลใช้วิธีคำนวณสัดส่วนตามจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2567 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาลระดับศูนย์กลาง	จำนวนหญิงตั้งครรภ์แรกต่อปี 2567 (คน)	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
โรงพยาบาลมโหสถ	1,694	43
โรงพยาบาลเชษฐาธิราช	1,251	32
โรงพยาบาลมิตรภาพ	1,686	43
โรงพยาบาลแม่และเด็กเกิดใหม่	4,611	119
รวม	**9,242**	**237**

การกำหนดวันเก็บข้อมูลใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก เพื่อลดความเอนเอียงในการเก็บข้อมูล ผลการสุ่มวันในการเก็บข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลมโหสถ (วันจันทร์) โรงพยาบาลเชษฐาธิราช (วันอังคาร) โรงพยาบาลแม่และเด็กเกิดใหม่ (วันพุธ) และโรงพยาบาลมิตรภาพ (วันพฤหัสบดี) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลเฉลี่ยวันละ 5–8 ราย ทั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันอาจแตกต่างกันตามจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละวันจริง

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสรับรองจริยธรรมการวิจัย G-HS075/2568(C1) เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2569 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ สปป.ลาว Ethical Approval No: 1031/REC เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2569 และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์

ทางการวิจัยท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน ผู้เข้าร่วมสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตามความต้องการ และจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากที่งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่อย่างเป็นทางการแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้ 1) ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง 2) ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยต่อหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา 3) ประสานงานกับพยาบาลแผนกฝากครรภ์เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วม พร้อมขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร 5) ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการรับบริการ โดยจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที และสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาการตอบแบบสอบถาม 6) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อเก็บข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว นำข้อมูลไปประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 8 ส่วน รวมทั้งสิ้น 116 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว และข้อมูลสุขภาพ การตั้งครรภ์ และการคลอด น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อเริ่มฝากครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม และ การคลอดผิดปกติ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน ซึ่งปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานของ Singtan, Tachasuksri and Suppaseemanont[18] ประกอบด้วย 3 ด้าน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทำกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลาย ความเครียด จำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) แปลผลภาพรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (10-19 คะแนน) ระดับปานกลาง (20–29 คะแนน) และระดับสูง (30-40 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของตนเองและทารก ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านมารดา และด้านทารก จำนวนคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (13–25 คะแนน) ระดับปานกลาง (26–38 คะแนน) และระดับสูง (39–52 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน ซึ่งปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานของ Singtan, Tachasuksri and Suppaseemanont[18] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทำกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1–4 คะแนน) แปลผลภาพรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (10–19 คะแนน) ระดับปานกลาง (20–29 คะแนน) และระดับสูง (30–40 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะเบาหวาน ซึ่งปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานของ Singtan, Tachasuksri and Suppaseemanont[18] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทำกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวนคำถามทั้งหมด 11 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ

(1–4 คะแนน) แปลผลภาพรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (11–21 คะแนน) ระดับปานกลาง (22–32 คะแนน) และระดับสูง (33–44 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน ซึ่งปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Singtan, Tachasuksri and Suppaseemanont[18] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทำกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด ความเครียด จำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และข้อคำถามเชิงด้านลบ 5 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1–4 คะแนน) แปลผลภาพรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (20–39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40–59 คะแนน) และระดับสูง (60–80 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปรับใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Singtan, Tachasuksri and Suppaseemanont[18] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านสิ่งของ ด้านการประเมินค่า จำนวนคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1–4 คะแนน) แปลผลภาพรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (14–27 คะแนน) ระดับปานกลาง (28–41 คะแนน) และระดับสูง (42–56 คะแนน)

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน ซึ่งปรับใช้จากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของ Singtan, Tachasuksri and Suppaseemanont[18] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทำกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และ ข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1–4 คะแนน) แปลผลโดยภาพรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (20–39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40–59 คะแนน) และระดับสูง (60–80 คะแนน) สำหรับการแปลผลรายด้าน ดังนี้ ด้านการรับประทานอาหาร เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (14–27 คะแนน) ระดับปานกลาง (28–41 คะแนน) และระดับสูง (42–56 คะแนน) ด้านการทำกิจกรรมทางกาย เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (3–5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6–9 คะแนน) และระดับสูง (10–12 คะแนน) ด้านการผ่อนคลายความเครียด เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (3–5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6–9 คะแนน) และระดับสูง (10–12 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามทั้ง 8 ส่วน จากภาษาไทยเป็นภาษาลาว โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาลาว แปลและตรวจสอบอย่างอิสระ ก่อนนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และปรับปรุงถ้อยคำให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมายด้วยฉันทามติ จากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิในประเทศลาว 3 ท่าน ได้แก่ ผู้บริหารการศึกษาพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์ผดุงครรภ์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0, 0.9, 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91, .95, .96, .90, .96, .85 และ .91 ตามลำดับ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับของตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

แบบมาตรฐาน (Standard multiple regression analysis) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปร (Residuals) มีการแจกแจงแบบปกติและเป็นอิสระต่อกัน โดยผลการทดสอบ Kolmogorov–Smirnov test พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .20 และค่าDurbin–Watson = 1.72) นอกจากนี้ ไม่พบปัญหาความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนไม่คงที่ (heteroscedasticity) และไม่พบค่าผิดปกติ (outliers) รวมทั้งไม่พบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับสูง (Multicollinearity) โดยค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.13 – 2.23 และค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .45 – .88 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้[24]

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตั้งครรภ์ และการคลอด กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25–40 ปี อายุเฉลี่ย 31.20 ปี (SD = 3.31) อายุอยู่ในช่วงอายุ 30–35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.99) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 45.57) และมีสถานภาพสมรสคู่หรืออาศัยอยู่ร่วมกันทั้งหมด (ร้อยละ 100) ด้านอาชีพ พบว่า เป็นแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด (ร้อยละ 35.02) รองลงมา คือ ค้าขาย (ร้อยละ 33.33) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 7,959,915.61 กีบต่อเดือน (SD = 3,142,363.08) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,500,000 - 9,000,000 กีบต่อเดือน (ร้อยละ 81.01) และมีลักษณะครอบครัวแบบขยาย (ร้อยละ 72.57) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 26.18 kg/m² (SD = 3.40) โดยอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน (25–29.9 kg/m²) มากที่สุด (ร้อยละ 42.19) ประมาณครึ่งหนึ่งมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 42.19) โดยพบในมารดามากที่สุด (ร้อยละ 17.72) ส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 71.31) โดยสาเหตุหลัก ได้แก่ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 32.50) และภาวะน้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์ (ร้อยละ 31.64) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 77.64) โดยแหล่งข้อมูลหลัก คือ สื่อออนไลน์ (ร้อยละ 60.34) และเคยได้รับข้อมูลการป้องกันภาวะเบาหวาน (ร้อยละ 59.49) โดยเนื้อหาสำคัญ คือ การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 58.23) กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 32.92) อายุครรภ์เฉลี่ย 26.15 สัปดาห์ (SD = 1.39) และเริ่มฝากครรภ์เฉลี่ย 9.88 สัปดาห์ (SD = 2.38) ไม่เคยแท้ง (ร้อยละ 60.34) และเกือบทั้งหมดไม่เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (ร้อยละ 96.20) รวมทั้งไม่เคยมีประวัติคลอดบุตรพิการหรือคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 100) ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตั้งครรภ์ และการคลอด ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 237)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (Min = 25, Max = 40, $\bar{x}$ = 31.20, SD = 3.31)		
25–29 ปี	99	41.77
30-35 ปี	109	45.99
36-40 ปี	29	12.24
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	4.65
มัธยมศึกษาตอนปลาย	53	22.36
อนุปริญญา	63	26.58
ปริญญาตรี	108	45.57
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.84
สถานภาพสมรส		
คู่/อาศัยอยู่ร่วมกัน	237	100.00

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตั้งครรภ์ และการคลอด ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 237) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	35.02
รับจ้างทั่วไป	5	2.11
ค้าขาย	79	33.33
เกษตรกรรม	11	4.64
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	53	22.37
ธุรกิจส่วนตัว	6	2.53
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (กีบ/เดือน)		
(Min = 3,500,000, Max = 20,000,000, $\bar{X}$ = 7,959,915.61, SD = 3,142,363.08)		
3,500,000 - 9,000,000 กีบ/เดือน	192	81.01
9,000,001 – 14,500,000 กีบ/เดือน	33	13.92
14,500,001 - 20,000,000 กีบ/เดือน	12	5.07
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว (อยู่ร่วมกับสามีและ/หรือบุตร)	65	27.43
ครอบครัวขยาย (อยู่ร่วมกับสามีและ/หรือบุตรและญาติ)	172	72.57
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (BMI) (Min = 18.34, Max = 39.06, $\bar{X}$ = 26.18, SD = 3.40)		
BMI น้อยกว่า 18.5 kg/m²	1	0.42
BMI 18.5-24.9 kg/m²	94	39.67
BMI 25-29.9 kg/m²	100	42.19
BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m2	42	17.72
ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว		
ไม่มี	137	57.81
มี	100	42.19
พ่อ	20	8.44
แม่	42	17.72
ปู่ ย่า ตา ยาย	38	16.03
การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ทราบ	68	28.69
ทราบ	169	71.31
เคยมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครั้งก่อน	33	13.92
มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วนก่อนตั้งครรภ์	75	31.64
อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	13	5.48
มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน	77	32.50

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตั้งครรภ์ และการคลอด ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 237) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า4,000 กรัม	7	2.95
ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ +1 ขึ้นไป	7	2.95
เคยตรวจเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยการดื่มน้ำตาลแล้วเจาะเลือด	37	15.61
แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจ้งว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยง	55	23.21
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ทราบ	53	22.36
ทราบ	184	77.64
สื่อออนไลน์	143	60.34
เพื่อน	13	5.48
ญาติ	34	14.35
แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	51	21.52
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ทราบ	53	22.36
ทราบ	184	77.64
สื่อออนไลน์	143	60.34
เพื่อน	13	5.48
ญาติ	34	14.35
แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	51	21.52
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่เคย	96	40.51
เคย	141	59.49
การรับประทานอาหาร	138	58.23
การออกกำลังกาย	18	7.59
การผ่อนคลายความเครียด	0	0.00
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (Min = 1, Max = 5)		
ครั้งที่ 1	68	28.69
ครั้งที่ 2	78	32.92
ครั้งที่ 3	59	24.89
ครั้งที่ 4	27	11.39
ครั้งที่ 5	5	2.11
อายุครรภ์ปัจจุบัน (สัปดาห์) (Min = 24, Max = 28, $\bar{X}$= 26.15, SD = 1.39)		
24-25 สัปดาห์ 6 วัน	99	41.78
26-27 สัปดาห์ 6 วัน	100	42.19

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การตั้งครรภ์ และการคลอด ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 237) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
28 สัปดาห์	38	16.03
อายุครรภ์เมื่อเริ่มฝากครรภ์(สัปดาห์) (Min = 6, Max = 16, $\bar{X}$= 9.88, SD = 2.38)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	202	85.23
มากกว่า 12 สัปดาห์	35	14.77
ประวัติการแท้ง		
ไม่เคย	143	60.34
เคย	94	39.66
1 ครั้ง	80	33.75
2 ครั้ง	14	5.91
ประวัติเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม		
ไม่เคย	228	96.20
เคย	9	3.80
ประวัติเคยคลอดบุตรพิการแต่กำเนิด		
ไม่เคย	237	100

2. พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน และปัจจัยที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 54.58, SD = 5.00) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 42.57, SD = 4.96) ส่วนด้านกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 6.03, SD = 0.92) และด้านการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$= 5.98, SD = 1.00) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน พบว่า ทุกปัจจัยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน ($\bar{X}$= 25.62, SD = 4.81) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน ($\bar{X}$= 38.42, SD = 5.02) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน ($\bar{X}$ = 27.56, SD = 4.10) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน ($\bar{X}$ = 27.03, SD = 3.40) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน ($\bar{X}$= 48.76, SD = 4.89) และการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X}$ = 40.45, SD = 5.91) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานและปัจจัยที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (N = 237)

ตัวแปร	Range		$\bar{X}$	SD	ระดับ
	Possible	Actual			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน	10-40	12-37	25.62	4.81	ปานกลาง
2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน	13-52	25-50	38.42	5.02	ปานกลาง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน	10-40	18-36	27.57	4.10	ปานกลาง
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน	11-44	20-35	27.03	3.40	ปานกลาง
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน	20-80	40-59	48.76	4.89	ปานกลาง
6. การสนับสนุนทางสังคม	14-56	31-53	40.45	5.91	ปานกลาง

ตาราง 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานและปัจจัยที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (N = 237) (ต่อ)

ตัวแปร	Range		$\bar{x}$	SD	ระดับ
	Possible	Actual			
7. พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน	20-80	44-65	54.58	5.00	ปานกลาง
7.1ด้านการรับประทานอาหาร	14-56	30-52	42.57	4.96	สูง
7.2 ด้านกิจกรรมทางกาย	3-12	5-9	6.03	0.92	ปานกลาง
7.3 ด้านการผ่อนคลายความเครียด	3-12	4-8	5.98	1.00	ต่ำ

3.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 34.8 (Adj. R^2 = .348, F(6,230) =(21.966),p<.001)เมื่อพิจารณารายตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานมากที่สุดคือการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะเบาหวาน (β = -.40, p < .001) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม (β = .34, p < .001) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน (β = .16, p < .05) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (N= 237)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	β	t	p-value
Constant	52.71	3.83		13.75	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน	-.00	.08	-.00	-.03	.975
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวาน	-.03	.08	-.03	-.33	.744
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน	-.03	.08	-.02	-.37	.709
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะเบาหวาน	-.58	.08	-.40	-7.07	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวาน	.16	.06	.16	2.46	.015
การสนับสนุนทางสังคม	.29	.06	.34	4.88	< .001

R^2 = .364, Adjusted R^2 = .348, F(6,230) = 21,97, p <.001

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Heedman, Tachasuksri and Suppaseemanont[25] ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง อาจสะท้อนถึงลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน[26]นอกจากนี้พื้นที่ศึกษาซึ่งเป็นเขตเมืองและมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอาจส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงของบริบทเมืองมีความสัมพันธ์กับรูปแบบระบบอาหารและพฤติกรรมการบริโภคของประชากรใน สปป.ลาว[27] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพค้าขาย ซึ่งอาจมีบทบาทหน้าที่และภาระในชีวิตประจำวันแตกต่างกัน ส่งผลต่อความสามารถในการจัดสรรเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกายและการผ่อนคลายความเครียดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ ข้อจำกัดด้านเวลา ภาระหน้าที่ และ

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในระหว่างตั้งครรภ์ อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้อย่างต่อเนื่อง[28] ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง และการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ดังนั้น แม้หญิงตั้งครรภ์อาจมีข้อจำกัดบางประการในการดำเนินชีวิต แต่ยังสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานด้านการรับประทานอาหารได้ค่อนข้างดี.

1. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะเบาหวานสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.40, p < .001) โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ กล่าวคือ เมื่อการรับรู้อุปสรรคที่ต่ำ จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[15] ที่อธิบายว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักบริโภคอาหารร่วมกัน การดำเนินชีวิตในลักษณะดังกล่าวอาจเอื้อต่อการจัดเตรียมอาหารและการรับประทานอาหารเป็นเวลา รวมทั้งช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ลักษณะของครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ร่วมกันอาจช่วยลดข้อจำกัดบางประการในการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะเบาหวานลดลง และเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บริบทครอบครัวมีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรัง[29] นอกจากนี้ แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ระดับปานกลาง แต่บริบทเขตเมืองโดยเฉพาะนครหลวงเวียงจันทน์ซึ่งมีความเป็นเมืองสูงพบว่ามีความหลากหลายของแหล่งจำหน่ายอาหารในตลาดและความเป็นเมืองมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการค้าขายในตลาดอาหารของ สปป.ลาว[27] อาจช่วยลดข้อจำกัดบางประการในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน เช่น การเข้าถึงอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำด้านสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมลดลง และเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานเพิ่มขึ้น ดังการศึกษา พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงโรคเบาหวาน[26] ทั้งนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ได้ (β = -.249, p < .001)[17]

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .34, p < .001) โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[15] ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติ (cue to action) ลดการรับรู้อุปสรรค และเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยายและทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งเป็นลักษณะครอบครัวที่พบได้ในบริบทของ สปป.ลาว โดยสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีบทบาทร่วมกันในการดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะดังกล่าวอาจเอื้อต่อการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหาร การเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนการดูแลตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บริบทครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ใน สปป.ลาว[30,31] นอกจากนี้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Radarith, Tachasuksri and Siriarunrat[32] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .27, p < .001) และมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (β =.179, p = .025)[18]

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเบาหวานสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .16, p < .05) โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก กล่าวคือหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ความสามารถของตนเองที่สูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[15] ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นกลไกสำคัญในการลดอิทธิพลของอุปสรรคเพิ่มแรงจูงใจและส่งเสริมความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงและเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งอาจช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอาหาร ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานได้ดีขึ้น[33] นอกจากนี้ การรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน ยังช่วยกระตุ้นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้ (β =.609, p < .001)[34] และมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (β = .639, p < .001)[18]

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ (β = -.00, p = .975) ไม่สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[15] ที่อธิบายว่า การรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน แต่การรับรู้ความเสี่ยงเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิต ความเคยชินในการบริโภคอาหาร และบริบทแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[35] เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าอาหารหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงในระดับสูงเช่นขนมและเครื่องดื่มรสหวาน($\bar{X}$=3.42)และผลไม้รสหวาน ($\bar{X}$ = 3.37) แต่พฤติกรรมจริงยังพบว่าการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มหวาน ($\bar{X}$ = 2.95) รวมถึงการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.60) ดังนั้น แม้หญิงตั้งครรภ์จะรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวาน แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้[18]

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ (β = -.03, p = .744) ไม่สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[15] ที่อธิบายว่า การรับรู้ความรุนแรงเป็นปัจจัยสำคัญต่อแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีระดับปริญญาตรีขึ้นไป และเคยได้รับข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับภาวะเบาหวานผ่านสื่อออนไลน์ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ทำให้ความแตกต่างของระดับการรับรู้ความรุนแรงไม่สามารถจำแนกความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานได้อย่างชัดเจน[36]เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ($\bar{X}$ = 3.49) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต ($\bar{X}$ = 3.27) และการคลอดยาก ($\bar{X}$ = 3.22) แต่พฤติกรรมป้องกันจริงยังพบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.60) และการรับประทานข้าว-แป้งที่ไม่ขัดสี ($\bar{X}$ = 1.33) ดังนั้น แม้หญิงตั้งครรภ์จะตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะเบาหวาน แต่การรับรู้ดังกล่าวอาจยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิต ความเคยชินในการบริโภคอาหาร และข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน[36,37]นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านเวลาและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในระหว่างตั้งครรภ์และอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง[28] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้[16]

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวานไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ (β = -.02, p = .709) ไม่สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[15] ที่อธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเบาหวาน โดยเฉพาะจากสื่อออนไลน์ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน แต่ข้อมูลดังกล่าวอาจยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[36] เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์อาจสะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่การมีความเข้าใจเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมจริงได้อย่างสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ระดับสูงถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง ($\bar{X}$ = 3.47) และอาหารที่ใช้น้ำมันน้อย ($\bar{X}$ = 3.31) แต่พฤติกรรมจริงยังพบว่าการรับประทานข้าว–แป้งไม่ขัดสีอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.33) และการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.60) แม้หญิงตั้งครรภ์จะเห็นถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน แต่การรับรู้ประโยชน์เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้[18]

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพในนครหลวงเวียงจันทน์ ซึ่งเป็นเขตเมืองของ สปป.ลาว ที่มีบริบททางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างจากพื้นที่อื่นโดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งอาจได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในบางพื้นที่จึงอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ชนบทหรือแขวงอื่นที่มีบริบททางสังคมและวิถีชีวิตแตกต่างกัน

สรุป

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลเชิงลบต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวาน กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นขณะที่การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลเชิงบวก กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้ดีขึ้น ทั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานได้ร้อยละ 34.8 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะเบาหวาน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง โดยเน้นการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านด้านกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ลดการรับรู้อุปสรรค และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม อันจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงของภาวะเบาหวานในระยะยาว ให้สอดคล้องกับบริบทเขตเมืองและวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ใน สปป.ลาว ต่อไป

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความนี้ โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่ให้การรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ในนครหลวงเวียงจันทน์ ที่เอื้ออำนวยสถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจาก Fondation Pierre Fabre

เอกสารอ้างอิง

1. Wang H, Li N, Chivese T, et al. IDF Diabetes Atlas: Estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's criteria. Diabetes Res Clin Pract. 2022; 183: 109050. doi: 10.1016/j.diabres.2021.109050.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
3. Suwanpakdee W, Buddam M, Lahukarn B. The relationship between risk perception and stress towards exercise behavior of pregnant women with gestational diabetes mellitus. Princess Naradhiwas Univ J. 2024; 16(2): 177-91. Thai.
4. Abera EG, Gudina EK, Gebremichael EH, et al. Double burden of gestational diabetes and pregnancy-induced hypertension in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. PLoS One. 2024; 19(10): e0311110. doi: 10.1371/journal.pone.0311110.
5. Sonia SF, Haque MF, Parvin R, et al. Metabolic and haematological profile of infants born to gestational and pregestational diabetic mothers. Bangladesh J Child Health. 2020; 44(2): 82-6. doi: 10.3329/bjch.v44i2.51131.
6. Vounzoulaki E, Khunti K, Abner SC, et al. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: Systematic review and meta-analysis. BMJ. 2020; 369: m1361. doi: 10.1136/bmj.m1361.
7. Tanthanapanyakorn P, Khantikulanon N, Chanmalee S, et al. Factors related to gestational diabetes mellitus among women of reproductive age visiting a tertiary hospital in Pathum Thani Province. J Nurs Educ. 2023; 16(3): 32-47. Thai.
8. Orós M, Perejón D, Serna MC, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes in the health region of Lleida: A retrospective observational cohort study. J Endocrinol Invest. 2023; 46(12): 2639-46. doi: 10.1007/s40618-023-02120-5.

9. Aussawamaykin R, Srisaeng P, Komwilaisak R. Factors prediction of gestational diabetes mellitus among Thai women, Srinagarind Hospital. J Health Sci Boromarajonani Coll Nurs Sunpasitthiprasong. 2023; 7(2): 15-28. Thai.
10. Song G, Wei Y, Juan J, et al. Risk factors for gestational diabetes mellitus in subsequent pregnancy among women without GDM history in China: A multicenter retrospective study. Matern Fetal Med. 2023; 5(1): 9-15. doi: 10.1097/FM9.0000000000000150.
11. Lee KW, Ching SM, Ramachandran V, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: A systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18(1): 494. doi: 10.1186/s12884-018-2131-4.
12. do Nascimento GR, Borges MDC, Figueiroa JN, et al. Physical activity pattern in early pregnancy and gestational diabetes mellitus risk among low-income women: A prospective cross-sectional study. SAGE Open Med. 2019; 7: 2050312119875922. doi: 10.1177/2050312119875922.
13. Mishra S, Shetty A, Rao CR, et al. Effect of maternal perceived stress during pregnancy on gestational diabetes mellitus risk: A prospective case-control study. Diabetes Metab Syndr. 2020; 14(5): 1163-9. doi: 10.1016/j.dsx.2020.06.048.
14. Phetcharak K, Mayukhachot S, Tewasekson N, et al. Factors associated behavior prevention of gestational diabetes mellitus among pregnant women at risk of gestational diabetes mellitus. Udonthani Hosp Med J. 2021; 29(1): 11-21. Thai.
15. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In: DiClemente RJ, Peterson JL, editors. Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions. Boston, MA: Springer US; 1994. p.5-24.
16. Panyatanakun N, Jandee P, Anuphan P. Factors influencing blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus in Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani Province. J R Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 131-9. Thai.
17. Ngamchay C, Tachasuksri T, Siriarunrat S. Predicting factors of eating behaviors among pregnant women working in industrial factories. J Fac Nurs Burapha Univ. 2020; 28(1): 48-59. Thai.
18. Singtan J, Tachasuksri T, Suppaseemanont W. Factors predicting diabetes prevention behaviors among postpartum women with gestational diabetes mellitus. Nurs J Minist Public Health. 2023; 33(1): 62-73. Thai.
19. Vongthong P, Srisaeng P. Factors related to the nutritional status of preconception women in Lao PDR. J Health Sci Boromarajonani Coll Nurs Sunpasitthiprasong. 2021; 5(3): 54-67. Thai.
20. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2007; 30 (Suppl 2): S251-60. doi: 10.2337/dc07-s225.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2 nd ed. New York: Routledge; 1988.p.553-8.
22. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6 th ed. Saunders/Elsevier; 2009.p.521-2.

23. Little RJA, Rubin DB. Missing data in experiments. In: Statistical analysis with missing data. 2nd ed. Wiley; 2002. p. 24-40.
24. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 7th ed. Boston: Pearson; 2019.p.99-166.
25. Heedman S, Tachasuksri T, Suppaseemanont W. Factors predicting diabetes preventive behavior among pregnant women at risk of gestational diabetes mellitus. J Fac Nurs Burapha Univ. 2026; 34(1): 1-12. Thai.
26. Zhou P, Geng X, Zhang C, et al. The influence of socioeconomic disparities on the association of physical behavior with incident type 2 diabetes. BMC Public Health. 2025; 25(1): 3579. doi: 10.1186/s12889-025-24359-8.
27. Tagawa K, Hosoya T, Hyakumura K, et al. The effects of season, geography, and urbanization on the diversity of edible insects at food markets in Laos. PLoS One. 2022; 17(4): e0267307. doi: 10.1371/journal.pone.0267307.
28. Evenson KR, Moos MK, Carrier K, et al. Perceived Barriers to Physical Activity Among Pregnant Women. Maternal and child Health J. 2009; 13(3):364-75. doi: 10.1007/s10995-008-0359-8.
29. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2012; 35(6): 1239-45. doi: 10.2337/dc11-2103.
30. Sychareun V, Somphet V, Chaleunvong K, et al. Perceptions and understandings of pregnancy, antenatal care and postpartum care among rural Lao women and their families. BMC pregnancy and childbirth. 2016;16(1): 245. doi: 10.1186/s12884-016-1031-8.
31. Fongphakdy S, Baosoung C, Sansiriphun N. Pregnancy-specific stress, social support, and prenatal coping among primigravid women, the Lao People's Democratic Republic. J Phrapokklao Nurs Coll Chanthaburi. 2022; 33(2): 69–80. Thai.
32. Radarith C, Tachasuksri T, Siriarunrat S. Factors influencing self-management among women with gestational diabetes mellitus. J Fac Nurs Burapha Univ. 2019; 27(1): 50-9. Thai.
33. Olloqui-Mundet MJ, Cavia MdM, Alonso-Torre SR, et al. Dietary habits and nutritional knowledge of pregnant women: the importance of nutrition education. Foods. 2024; 13: 3189. doi: 10.3390/foods13203189.
34. Kansukcharearn A, Somjai C. Factors predicting self-care behaviors among pregnant women with gestational diabetes mellitus. J Nurs Ther Care. 2023;41:e261827. Thai.
35. Rockliffe L, Peters S, Heazell AEP, et al. Factors influencing health behaviour change during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis. Health Psychol Rev. 2021; 15(4): 613-32. doi: 10.1080/17437199.2021.1938632.
36. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model variables in predicting behavior. Health Commun. 2010; 25(8):661-9. doi:10.1080/10410236.2010.521906.
37. Okeke JO, Ekanayake RM, Santorelli ML. Effects of a 2014 statewide policy change on cash-value voucher redemptions for fruits/vegetables among participants in the Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). Maternal and Child Health J. 2017; 21(10): 1874-9. doi: 10.1007/s10995-017-2339-3