

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

อรุณี สมพันธ์* พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

แสงทอง ธีระทองคำ** Ph.D. (Nursing)

นพวรรณ เปี้ยชื้อ*** Ph.D. (Nursing)

สมนึก สกุลหงส์โสภณ**** ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน บนพื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานถูกเลือกแบบเจาะจง จำนวน 108 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ร้อยละ 45 ดังนั้นพยาบาลควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และอุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน และควรจัดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัว จังหวัดยโสธร และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2012 พบผู้ที่เป็นเบาหวานมีจำนวนมากกว่า 371 ล้านคน อายุระหว่าง 20-79 ปี และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ที่เป็นเบาหวานเพิ่มเป็น 552 ล้านคน (International Diabetes Federation [IDF], 2012) เช่นเดียวกับประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าปี พ.ศ. 2551 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาล 675.74 รายต่อแสนประชากรเพิ่มเป็น 1,050.05 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2556) ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้เพิ่มอัตราสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย (Disability-adjusted life years [DALYs loss]) (สุวิทย์วิบูลผลประเสริฐ, 2550) อีกทั้งยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานลดลง (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2549; สมบุญ วงศ์ธีรภักดิ์, 2552) ก่อให้เกิดความเครียด มีผลกับการทำบาบาทหน้าที่ในครอบครัว สังคม (Guthrie & Guthrie, 2008) ยิ่งไปกว่านั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ที่เป็นเบาหวานทั่วโลกประมาณ 471 พันล้านเหรียญสหรัฐ คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,270.04 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ส่วนในประเทศไทยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่เป็นเบาหวานประมาณ 244.58 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี (IDF, 2012) ดังนั้น สิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานคือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่เกี่ยวข้องเบาหวาน

จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติในปี ค.ศ. 2011 พบผู้ที่เกี่ยวข้องเบาหวานทั่วโลกประมาณ 280 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะเพิ่มขึ้นเป็น 398 ล้าน (IDF, 2012) เช่นเดียวกับประเทศไทย จากการสำรวจพบความชุกของผู้ที่เกี่ยวข้องเบาหวาน ร้อยละ 4.1-12.6 (นัยนา อาภาสุวรรณกุล, รัตนาภรณ์

อิมหมั่นงาน, และนุชนางค์ เขียวเขว่า, 2548; วีรยุทธชัยพรสุไพศาล และคณะ, 2550) ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานในระยะเวลา 5-10 ปี (Bock et al., 2006) มากกว่าคนทั่วไปถึง 10 เท่า (Smith, 2002) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2551; IDF, 2012) สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พันธุกรรม อายุ และพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพันธุกรรมพบว่า ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) เช่นเดียวกับ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคเบาหวาน (American Diabetes Association [ADA], 2010; Glumer et al., 2004; Lindstrom & Tuomilehto, 2003) โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี เพิ่มความชุกของโรคเบาหวาน 1.05 ถึง 1.06 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552ก)

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่บุคคลสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน หากพร่องการปฏิบัติ โดยบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และขาดการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายน้อยทำให้เกิดภาวะอ้วน ส่งผลให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2552; Karam & McFarlan, 2011) และเป็นโรคเบาหวานในที่สุด นอกจากนี้ หากบุคคลมีภาวะเครียด ร่างกายจะหลั่งคอร์ติซอล (cortisols) และอีพินเฟริน (epinephrines) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (ทีปทัศน์ ชุณหสวัสดิกุล, 2549) เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ จะลดประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555; ADA, 2012;

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เกี่ยวข้องต่อเบาหวาน

Action on Smoking and Health [ASH], 2012) และการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากตับอ่อนซึ่งเป็นอวัยวะผลิตฮอร์โมนอินซูลินถูกทำลาย (ADA, 2012)

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ทำโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพในคนปกติ (World Health Organization, 2002 อ้างใน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552ข; ADA, 2013; American College of Endocrinology & American Association of Clinical Endocrinologists, 2008; IDF, 2012) สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบต่อสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ภายใต้มาตรการ 3 อ. คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และควบคุมอารมณ์ และ 2 ส. คือ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552ก; ADA, 2012) ทั้งนี้ การควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที จนน้ำหนักลดลงร้อยละ 6 ขึ้นไป จะช่วยลดอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 40-60 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และคณะ, 2554) สำหรับการผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายโดยการหายใจ การปฏิบัติสมาธิ เป็นต้น จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยลดการทำงานของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด (stress hormones) ส่งผลให้ยับยั้งการเพิ่มน้ำตาลในเลือด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; ADA, 2013) เช่นเดียวกับ การลด ละเลิกการสูบบุหรี่ และการงดการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้อินซูลินทำงานดีขึ้น ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555; ADA, 2012; ASH, 2012) แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกิดได้ บุคคลต้องมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง (Maiman & Becker, 1974)

ไมแมน และเบคเกอร์ (Maiman & Becker, 1974) กล่าวว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยผู้ที่เกี่ยวข้องต่อเบาหวานที่เชื่อว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานสูง จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเชื่อต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีญาติสายตรงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551) การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน (พัชรินทร์ พรหมรักษา, 2551) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (ศิริพร ปาระมะ, 2545) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Tan, 2004) แต่ในบางการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน หรือการดูแลตนเอง (มนต์ธิรา ไชยแขวง 2548; สมใจ แซ่เตี๋ย, 2549) เช่นเดียวกัน ถ้าบุคคลเชื่อว่าการเป็นโรคเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อตนเอง บุคคลจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีญาติสายตรงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (ศิริพร ปาระมะ, 2545; Tan, 2004) และการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารลดลง ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารเพิ่มขึ้นในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2550)

ในทำนองเดียวกัน ถ้าบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (วาสนา เตชะธีราวัฒน์, 2546) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน (กมลรัตน์ จุมสีมา, 2550; ณัฐยานัน ประเสริฐอำไพสกุล, 2550; ศิริพร ปาระมะ, 2545) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551) และทหารประจำการที่เสี่ยงต่อเบาหวาน (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551) ในทางกลับกันบุคคลต้องรับรู้ว่ามีอุปสรรคหรือมีอุปสรรคน้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ และร่วมกับการรับรู้สมรรถนะของตนทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของทหารประจำการที่เสี่ยงต่อเบาหวาน (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551) แต่การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (มนต์ธิดา ไชยแขวง, 2548)

ทั้งนี้ ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคม จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน รวมทั้งมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน (Maiman & Becker, 1974) จากการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (วชิรา โชตามระ, 2549; ศิริพร ปาระมะ, 2545; สมใจ แซ่เตี๋ย, 2549; เสถียรพงษ์ ศิวินา, 2546) อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงญาติสายตรงผู้ที่เป็นเบาหวาน (ศิริพร ปาระมะ, 2545; สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551) แต่บางงานวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ (วชิรา โชตามระ,

2549; สมใจ แซ่เตี๋ย, 2549) ในทำนองเดียวกัน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวาน (Tan, 2004) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (นวรรตน์ ชูติปัญญาภรณ์, 2550) และผู้ที่เป็นเบาหวาน (วชิรา โชตามระ, 2549; ศิริพร ปาระมะ, 2545; สมใจ แซ่เตี๋ย, 2549) เช่นเดียวกับ รายได้ครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (สุภาภรณ์ อนุรักษอุตม, 2552) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (วชิรา โชตามระ, 2549; สมใจ แซ่เตี๋ย, 2549) จากการศึกษาดังกล่าว เห็นได้ว่า ยังพบความขัดแย้งของความสัมพันธ์หรือผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน นอกจากนี้ หากพิจารณาเฉพาะผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานพบว่า บางงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีเฉพาะเพศชาย (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551) และงานวิจัยจำนวนหนึ่งศึกษาเฉพาะ ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ และความดันโลหิตสูง (นวรรตน์ ชูติปัญญาภรณ์, 2550; นัยนา อากาศวรรณกุล และคณะ, 2548; สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551; สุเมธ แสนสิงห์ชัย, 2549) ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งนี้ จึงเพิ่มเกณฑ์คัดเข้า โดยไม่จำกัดเพศและเพิ่มค่าน้ำตาลเลือดตามแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และคณะ, 2554)

จากสถิติของอำเภออ่าวัง จังหวัดยโสธร พบอัตราป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 0.37 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2552 และพบผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ร้อยละ 7.53 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออ่าวัง, 2555) นอกจากนี้ วัฒนธรรมของชุมชนที่นิยมการบริโภคข้าวเหนียวเป็นหลักและใน

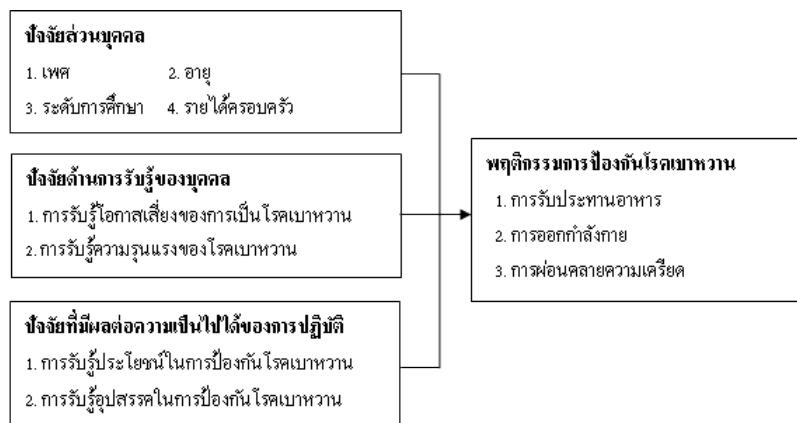
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

ปริมาณมาก ซึ่งข้าวเหนียวเป็นกลุ่มคาร์โบไฮเดรตที่มีค่าดัชนีน้ำตาลสูง (high glycemic index) ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้รวดเร็ว (ชาลิต รัตนกุล, 2552) ร่วมกับพร่องการออกกำลังกาย แม้ว่าจะมีกิจกรรมทางกายคือการทำงานที่หนัก แต่ทำให้เกิดความเครียด จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน กอปรกับในพื้นที่คือวังยังไม่มีการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานมีจำกัด และมีความขัดแย้งกันในการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันการเกิดเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) (Maiman & Becker, 1974) ซึ่งเชื่อว่า หากการรับรู้ของบุคคล (individual perception) ได้แก่ การรับรู้ว่าตนมี

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (perceived severity) ว่ามีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ผนวกกับ ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (likelihood of action) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) จะทำให้บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่บุคคลรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) น้อยกว่าการรับรู้ประโยชน์ในปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้น ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน หากมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน รับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติสูง แต่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานต่ำ จะทำให้ผู้เสี่ยงต่อเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ทั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล และความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ในเขตพื้นที่อำเภอคำม่วง จังหวัดยโสธร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ซึ่งได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอคำม่วง จังหวัดยโสธร ในช่วงไม่เกิน 3 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูล (เดือนเมษายน 2554 ถึงเดือนมิถุนายน 2554) เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี 2) มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แต่ไม่มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีและคณะ, 2554) 3) ดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) 23 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป หรือ ค่าความดันเลือด 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือ มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน 4) สามารถสื่อสารด้วยการพูด และฟังภาษาไทยได้ และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ Power analysis (Cohen, 1988) โดยอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ($\alpha = .05$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.3 คำนวณ effect size ได้ $f^2 = .10$ ซึ่งมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับกลาง ตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษามีจำนวน 8 ตัวแปร จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 107 คน ป้องกันกรณีได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน 118 ราย แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำกัด และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลผิดปกติ (outlier) ทำให้ปัจจัยบางตัวไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออก ทำให้การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน

การมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน โรคประจำตัว น้ำหนักส่วนสูง และเส้นรอบเอว

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ดัดแปลงจากแบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของ สุพัชชา วิลวัฒน์ (2551) ที่สร้างตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน รวม 49 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 5 ระดับ โดย “เห็นด้วยน้อยที่สุด” ให้ 1 คะแนน จนถึง “เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 5 คะแนน กลับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม เป็นจุดตัด (สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ .82 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .82 และจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ เท่ากับ .81

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ดัดแปลงจากแบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของ สุพัชชา วิลวัฒน์ (2551) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 40 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีตัวเลือก 5 ระดับ โดย “ไม่เคยปฏิบัติ” ให้ 0 คะแนน จนถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ” ให้ 4 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม เป็นจุดตัด (สุพัชชา วิลวัฒน์, 2551) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความ

ตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ .95 และความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .81 และจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 2554/226 และได้รับอนุมัติเก็บข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัย โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจนสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และการถอนตัวออกจากกรวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อ การดูแล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาก็ให้ลงชื่อยินยอมโดยสมัครใจ ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาก็เป็นไปในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน ตรวจสอบข้อมูลทุติยภูมิ จากผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนโซนที่ 1 อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ซึ่งประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 3 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเหล่าน้อย ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านน้ำอ้อม และศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านศิริพัฒนา แล้วจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยการสัมภาษณ์ที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน สำหรับทดสอบสมมติฐานปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน เมื่อตัวแปรที่ศึกษาผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ระดับการวัดของข้อมูลแบบ interval หรือ ratio scale มีการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ค่าความคลาดเคลื่อนของข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์ ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ และความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมของตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (homoscedasticity) จึงใช้สถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple linear regression) ด้วยเทคนิค Stepwise method กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวานตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 108 คน มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.60 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 66.70 อายุเฉลี่ย 54.03 ปี (SD = 11.25) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.50 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 88.90 และ 94.40 ตามลำดับ มีรายได้

ครอบครัวเฉลี่ย 5,747.22 บาทต่อเดือน (SD = 3,740, Range 500-20,000 บาท) ค่ากลางของรายได้จำนวน 5,000 บาท โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 42.60 ประมาณหนึ่งในสี่มีโรคเรื้อรัง พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 16.70 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.82 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 3.65) สามในสี่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เส้นรอบเอวเฉลี่ยในเพศชายเท่ากับ 83.19 เซนติเมตร (SD = 7.56) และเพศหญิงเท่ากับ 81.98 เซนติเมตร (SD = 8.52) โดยเพศหญิง (ร้อยละ 54.20) มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 8.30)

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวานเท่ากับ 35.56 คะแนน (SD = 6.18) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานเท่ากับ 36.94 คะแนน (SD = 6.54) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานเท่ากับ 32.56 คะแนน (SD = 5.39) ซึ่งดีกว่าเกณฑ์จุดตัดที่กำหนด (ร้อยละ 60) แต่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน 40.74 คะแนน (SD = 8.40) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเท่ากับ 91.61 คะแนน (SD = 13.51) อยู่ในระดับต่ำ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .001$ และ $r = .28, p < .01$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.59, p < .001$) (ตารางที่ 1) เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำบังโรคเบาหวานในผู้เสี่ยงต่อเบาหวาน

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษากับพฤติกรรมกำบังโรคเบาหวานของผู้เสี่ยงต่อเบาหวาน (N = 108)

ตัวแปร	พฤติกรรมกำบังโรคเบาหวาน	p-value
เพศ	.19	.024
อายุ	-.02	.401
ระดับการศึกษา	.01	.442
รายได้ของครอบครัว	.13	.083
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน	.01	.492
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	.33	< .001
การรับรู้ประโยชน์ในการกำบังโรคเบาหวาน	.28	.002
การรับรู้อุปสรรคในการกำบังโรคเบาหวาน	-.59	< .001

การรับรู้อุปสรรคในการกำบังโรคเบาหวาน ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวานทำนายพฤติกรรมกำบังโรคเบาหวานในผู้เสี่ยงต่อเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

(ตารางที่ 2) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกำบังโรคเบาหวานในผู้เสี่ยงต่อเบาหวาน ได้ร้อยละ 45 ดังสมการทำนาย

สมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Standardized Regression Equation) คือ

$$Z_{\text{พฤติกรรมกำบังโรคเบาหวาน}} = -0.58 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรค}} + 0.32 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรง}}$$

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณโดยวิธี Stepwise (N = 108)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t
การรับรู้อุปสรรคในการกำบังโรคเบาหวาน	-.934	.117	-.58	-8.01**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	.652	.150	.32	4.35**
R = .67	R ² adj = 0.44	F = 42.63		
R ² = .45	Constant = 105.94			

**p < .001

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ในการกำบังโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคในการกำบังโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้าน

สุขภาพดี ซึ่งน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมกำบังโรคเบาหวาน แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรคเบาหวาน กลับอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยกลางคน (เฉลี่ย 54.03 ปี) เป็นวัยทำงาน มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยทั้งอำเภอ จึงมุ่งทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 88.90) ซึ่งอ่านออกเขียนได้ สามารถเรียนรู้หรือรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ได้ในระดับหนึ่ง อีกทั้งประกอบอาชีพเกษตรกรรมในเขตชนบท แหล่งเรียนรู้ไม่กว้างขวางขาดแหล่งประโยชน์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้การรับรู้ข้อมูลสุขภาพมีจำกัด อาจส่งผลให้พร้อมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (สุเมธ แสนสิงห์ชัย, 2549) และมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทหารประจำการที่เสี่ยงต่อเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551)

ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวาน ในการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาหลายการศึกษา (นวรรตน์ ชูติปัญญาภรณ์, 2550; สุพชยา วิลวัฒน์, 2551; สุเมธ แสนสิงห์ชัย, 2549; อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551; Nijhof, Hoeven & Jong, 2008) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นไปตามเกณฑ์ของ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และคณะ (2554) ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และไม่มีอาการของโรคเบาหวาน ซึ่งเพิ่มนอกเหนือจากการศึกษาอื่นที่มีเฉพาะ ดัชนีมวลกาย ค่าความดันเลือด 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือ มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน และบางการศึกษาจำกัดเฉพาะเพศชาย (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551)

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน นอกจากนี้ การ

รับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวาน ร่วมเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวาน สอดคล้องกับแนวคิดของ ไมแมน และเบคเกอร์ (Maiman & Becker, 1974) ที่กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ บุคคลต้องมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในระดับต่ำ จึงจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้เป็นปัจจัยทำนายร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ (สุพชยา วิลวัฒน์, 2551) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมในญาติสายตรงของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วาสนา เตชะธีราวัฒน์, 2546) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในญาติสายตรงของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (สุพชยา วิลวัฒน์, 2551) และกลุ่มเสี่ยงทหารประจำการ (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551) ในทำนองเดียวกัน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nijhof et al., 2008) และมีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และร่วมกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของทหารประจำการที่เสี่ยงต่อเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติต่ำ ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาก ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน แตกต่างจากการศึกษาของ พัชรินทร์ พรหมรักษา (2551) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 40 ปีขึ้นไป และเคยใช้บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สุพชยา วิลวัฒน์ (2551) พบความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกัน ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ และรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่เป็นโรคเบาหวาน ไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงไม่กังวลว่าตนจะเกิดโรคเบาหวาน กอปรกับมุ่งประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ทำให้พร้อมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนหนึ่ง (นวรรตน์ ชูติปัญญาภรณ์, 2550; วชิรา โชตามระ, 2549; ศิริพร ปาระมะ, 2545; สมใจ แซ่เตีย, 2549; เสถียรพงษ์ ศิวินา, 2546) แต่จากการศึกษาของ สุพชยา วิลวัฒน์ (2551) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงญาติสายตรงที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และ อุปสรรคในการป้องกันเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานรับรู้ความรุนแรง ของโรคเบาหวาน และเน้นการมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันจะทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน บนพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมและภายใต้บริบทของผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ จุมสิมา. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชวลิต รัตนกุล. (2552). การดัดแปลงอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวาน. ใน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน และสมาคมนักกำหนดอาหาร (บก.), *โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานหลักสูตรการเพิ่มประสิทธิภาพ การให้โภชนบำบัดในผู้เป็นเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 3; หน้า 131-165). กรุงเทพฯ: กราฟฟิค1 แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทีปทัศน์ ชุณหสวัสดิกุล. (2549). *การรักษาเบาหวานด้วยธรรมชาติบำบัด*. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552, จาก <http://www.dtam.moph.go.th/alternative/viewstory.php?id=395>
- นวรรตน์ ชูติปัญญาภรณ์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นัยนา อากาศวรรณกุล, รัตนาภรณ์ อิมหมั่นงาน, และนุชนางค์ เขียวเขว้า. (2548). ความชุกต่อโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานแฝง ในประชากรกลุ่มญาติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนจ่อหอปี 2547. *วารสารควบคุมโรค*, 31(2), 164- 174.

อรุณี สมพันธ์ และคณะ

- ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2550). *อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร ต่อการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรินทร์ พรหมรักษา. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2555). *ข้อมูลที่คนเป็นเบาหวานที่สูบบุหรี่ต้องรู้*. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 22 กรกฎาคม 2556, จาก <http://www.ashthailand.or.th/>
- มนตรีรา ไชยแขวง. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม. (2549). *โรคเบาหวานในคนไทย. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย, 2(17), 1-6*.
- วาสนา เตชะธีราวัฒน์. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วชิรา โชตมาธะ. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิรุทธ ชัยพรสุไพศาล, วิชัย เอกพลากร, อมร เปรมกมล, บดินะมัน, เฉลิมชัย ชัยกิตติพร, วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์, และคณะ. (2550). *โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเบาหวาน และการควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานคนไทย พ.ศ. 2547*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(3-4), 299-312*.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2552). *อาหารกับการควบคุมเบาหวาน. ใน รัชตะ รัชตะนาวิ น และธิดา นิงสานนท์ (บก.), ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์ (หน้า 131-163)*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- ศิริพร ปาระมะ. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2554*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สมใจ แซ่เตีย. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมบุญ วงศ์ธีรภัก. (2552). *โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน. ใน รัชตะ รัชตะนาวิ น และธิดา นิงสานนท์ (บก.), ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์ (หน้า 43-48)*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). *ความเครียดและอาการทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอค้อวัง. (2555). *สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2555*. (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2552ก). *การพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน*. ม.ป.ท.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2552ข). *แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2556). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน (ราย) ปี พ.ศ. 2554-2555*. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 22 กรกฎาคม 2556, จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/links.php>
- สุภาภรณ์ อนุรักษอุดม, 2552. *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุเมธ แสนสิงห์ชัย. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลป่าสักอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพิชชา วิลวัฒน์. (2551). *ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เกี่ยวข้องต่อเบาหวาน

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เสถียรพงษ์ ศิวินา. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, สถาบันราชภัฏมหาสารคาม.
- อโนทัย ตั้งธนะพงษา. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เอี่ยมพร สกกุลแก้ว. (2551). *5 โรคร้ายคร่าชีวิตคนไทย: อันดับ 3 เบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอบ.
- Action on Smoking and Health. (2012). *Smoking and diabetes*. (fact sheets). Retrieved July 25, 2013, from http://ash.org.uk/files/documents/ASH_128.pdf
- American College of Endocrinology & American Association of Clinical Endocrinologists. (2008). Diagnosis and management of prediabetes in the continuum of hyperglycemia- when do the risks of diabetes begin? A consensus statement from the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocrine Practice*, 14 (7), 933-946.
- American Diabetes Association. (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 33, S62- S69.
- American Diabetes Association. (2012). Standards of medical in diabetes - 2012. *Diabetes Care*, 35, S11- S63.
- American Diabetes Association. (2013). *Stress*. Retrieved July 25, 2013, from <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/stress.html>.
- Bock, G., Man, C. D., Campoini, M., Chittilapilly, E., Basu, R., Toffolo, G., & et al. (2006). Pathogenesis of pre-diabetes: Mechanisms of fasting and postprandial hyperglycemia in people with impaired fasting glucose and/or impaired glucose tolerance. *Diabetes*, 55, 3536- 3549.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nded.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Glumer, C., Carstensen, B., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Jorgensen, T., & Borch-Johnsen, K. (2004). A Danish diabetes risk score for targeted screening: The Inter 99 study. *Diabetes Care*, 27 (3), 727-733.
- Guthrie, D. W., & Guthrie, R. A. (2008). *Management of diabetes mellitus: A guide to the pattern approach* (6thed.). New York: Springer.
- International Diabetes Federation. (2012). *IDF Diabetes Atlas* (5th). Retrieved July 4, 2013, from http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_EN.pdf
- Karam J. G., & McFarlane, S. I. (2011). Update on the prevention of type 2 diabetes. *Current Diabetes Reports*, 11(1), 56-63.
- Lindstrom, J., & Tuomilehto, J. (2003). The diabetes risk score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*, 26(3), 725-731.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health beliefs model: Original and correlates in psychological theory. In M. H. Becker (Ed.), *The health beliefs model and personal health behavior* (pp. 9-26). NJ: Charles B. Slack.
- Nijhof, N., terHoeven, C. L., & de Jong, M. D. T. (2008). Determinants of the use of a diabetes risk-screening test. *Journal of Community Health*, 33, 313- 317.
- Smith, R. (2002). Targeting people with pre-diabetes: Lifestyle interventions should also be aimed at people with pre-diabetes. *British Medical Journal*, 3(25), 403-404.
- Tan, M. Y. (2004). The relationship of health belief and complication prevention behaviors of Chinese individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 66 (1), 71-77.

Factors Predicting Diabetes Preventive Behavior in Persons with Pre-Diabetes

Arunee Sompan* M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)

Sangthong Terathongkum** Ph.D. (Nursing)

Noppawan Piaseu*** Ph.D. (Nursing)

Sommuk Sakunhongsophon**** Ph.D. (Nursing)

Abstract: The purpose of this predictive correlational study was to examine factors influencing diabetic preventive behavior based on the Health Belief Model. The study utilized a purposive sample of 108 persons with pre-diabetes following the inclusion criteria. All data were collected using questionnaires, the Demographic Data Questionnaire, the Health Beliefs Perception Questionnaire, and the Diabetic Preventive Behavior Questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression. The results showed that the pre-diabetes sample had an average score of perceived susceptibility of diabetes, perceived severity of diabetes, and perceived benefits of diabetes prevention at a high level, but had perceived barriers of diabetes prevention and diabetes prevention behavior at a low level. Perceived severity of diabetes and perceived benefits of diabetes prevention were significantly positively correlated with diabetes preventive behavior, and perceived barriers were significantly negatively correlated with diabetic preventive behavior. Perceived barriers of diabetes prevention and perceived severity of diabetes were significant factors predicting diabetes preventive behavior of persons with pre-diabetes and were able to predict 45 percent of diabetes preventive behavior of persons with pre-diabetes. Therefore, nurses should assess perceived severity of diabetes and perceived barriers of diabetes, as well as, provide health promoting program of perceived benefits of diabetes preventive in order to promote diabetes preventive behavior in pre-diabetes group.

Keywords: Predicting factors, Health belief model, Diabetes preventive behavior, Persons with pre-diabetes

*Registered Nurse, Tiu Public Health Center, Yasothon Province, and Master's Student in Master Degree of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th

***Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University