

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม*

CAUSAL FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG TYPE 2 DIABETICS, NAKHONPATHOM PROVINCE

ณฐา เมธาบุษยาร

Natha Methabutsayathon

สุรีย์ จันทรมล

Suree Chantamolee

ประภาเพ็ญ สุวรรณ

Prapapen Suwan

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

Western University, Thailand

E-mail: mai20052005@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยเชิงสาเหตุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลเชิงประจักษ์และอธิบายเส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดนครปฐม อายุ 45-79 ปี ตัวอย่าง 833 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือใช้แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ห่อองค์ประกอบเชิงยืนยันและเส้นทางอิทธิพล ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยเชิงสาเหตุทุกตัวและคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มี $relative\ Chi-Square = 1.99$ $CFI = 1.00$ $GFI = 0.98$ $AGFI = 0.95$ $RMSEA = 0.04$ และ $SRMR = 0.03$ และปัจจัยความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ สัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.11 0.16 และ 0.26 มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต สัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.09 0.14 และ 0.23 วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต สัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.88 ตัวแปรในโมเดลเส้นทางอิทธิพล

* Received 1 June 2021; Revised 19 June 2021; Accepted 22 June 2021



สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 79 เสนอแนะให้ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานของ รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ โดยสร้างโปรแกรมพัฒนาความรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสร้างการมีส่วนร่วมสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยเชิงสาเหตุ, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The objectives of this research article were to study the level of causal factors and type 2 diabetic's quality of life, examine the goodness of fit the model of causal factors influencing type 2 diabetic's quality of life developed by the researcher with the empirical data and explain the path of causal factors influencing type 2 diabetic's quality of life. Using a quantitative research model. The population was type 2 diabetics in Tambon Health Promoting Hospital, Nakhonpathom Province, aged 45-79 years. 833 sample size derived by stratified random sampling and simple random sampling. Data collection was questionnaire, reliability 0.95. The data collected were analyzed by descriptive statistics, confirmatory factor analysis and part analysis. The result of research were found as follows: The diabetes mellitus health literacy, motivation to preventing complications, social support, healthy lifestyle and type 2 diabetic's quality of life are moderate level. The goodness of fit test the model of causal factors influencing type 2 diabetic's quality of life developed showed that the model was consistent with the empirical data the relative Chi-Square=1.99 CFI=1.00 GFI=0.98 AGFI=0.95 RMSEA=0.04 SRMR=0.03 and the diabetes mellitus health literacy, motivation to preventing complications, social support had direct influence on healthy lifestyle coefficient of influence 0.11 0.16 and 0.26 and had indirect influence on quality of life coefficient of influence 0.09 0.14 and 0.23, healthy lifestyle had direct influence on quality of life coefficient of influence 0.88. The variables in the influence path model were able to account for 79 percent of the variance in quality of life. Suggest that the owner of diabetes work encourages patients to lead a healthy lifestyle by creating a diabetes awareness program. Motivation to prevent complications and build social support participation which resulted in the patient having a higher level of quality of life.

Keywords: causal factors, quality of life, type 2 diabetic



บทนำ

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตามทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการรักษาพยาบาลเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น (อัจฉรา สุวรรณาคินทร์, 2559) โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขทุกภูมิภาคทั่วโลก โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากมีสัดส่วนถึงร้อยละ 85-95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด สาเหตุเกิดจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม ความผิดปกติดังกล่าวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทั้งประเภทเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (World Health Organization, 2019)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก ใน พ.ศ. 2562 สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มอายุ 20 - 79 ปี ประมาณ 463 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 578 และ 700 ล้านคน ใน พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2588 คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 9.3 10.2 และ 10.9 ตามลำดับ (International Diabetes Federation, 2019) ในจำนวนนี้มีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 440 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 550 และ 665 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 8.8 9.6 และ 10.4 ตามลำดับ เช่นกัน สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข จากการสำรวจโดยการตรวจร่างกายประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ใน พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวที่ได้รับการรักษาสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีเพียง 0.9 ล้านคน หรือบรรลุเป้าหมายการรักษาเพียงร้อยละ 35.6 เท่านั้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ผลกระทบจากการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น ทำให้สภาพร่างกายเสื่อมโทรม สมรรถนะทางกายลดลง มีความเครียด วิตกกังวล ความกลัวและซึมเศร้าจากความเจ็บป่วยด้านร่างกาย สูญเสียบทบาทหรือความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนรวมถึงการรับบริการสุขภาพล่าช้าหรือไม่ทั่วถึงเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ปฐยาวัชร ปรากฏผลและคณะ, 2558) คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสถานะชีวิตของตนภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในสภาพที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกจำแนกองค์ประกอบเป็นด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 2012) วิธีชีวิตเพื่อสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพที่ดีมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bishwajit, G. et al.,



2016) วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ หมายถึง การดำเนินชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงของการป่วยและเพื่อให้มีชีวิตที่แข็งแรงและยืนยาว (World Health Organization, 1998) ตามแนวคิดของ American College วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (American College, 2019) ความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตและมีผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยผ่านการดูแลตนเอง (Eun Hyun, L. et al., 2016) ความรอบรู้โรคเบาหวาน หมายถึง ทักษะการรับรู้และทักษะการปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดของ Nutbeam ความรอบรู้โรคเบาหวานจำแนกเป็นระดับขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นการมีวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, D., 2000) แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (สุนทร สุธันต์, 2561) แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง พลังผลักดันภายในที่มาจากการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตน และความคาดหวังในประสิทธิผลการปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดของ Dunn และ Rogers แรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนและความคาดหวังในประสิทธิผลการปฏิบัติ (Dunn, S. & Rogers, R. W., 1988) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคมช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับตัวอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2010) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรการแพทย์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดของ House การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมินผล (House, J. S. et al., 1988)

จังหวัดนครปฐม มีอัตราป่วยโรคเบาหวานสะสมมีแนวโน้มสูงขึ้น รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า อัตราป่วยสะสม 4,128.9 4,215.8 4,252.2 4,651.3 และ 5,037.3 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร 609.49 724.60 714.58 628.31 และ 538.54 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง (สุวรรณี สร้อยสงค์และคณะ, 2562) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งปัจจัยเชิงสาเหตุประกอบด้วย ความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคมและวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพกับการมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานของ



รพ.สต. หรือ ผู้ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถนำแนวคิด ทฤษฎีดังกล่าว ที่ได้รับการยืนยันไปสร้างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยเชิงสาเหตุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลเชิงประจักษ์
3. อธิบายเส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีชื่อในฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานของ รพ.สต. ในจังหวัดนครปฐมป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน อายุระหว่าง 45 - 79 ปี ใน พ.ศ. 2563 จำนวน 15,019 คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) กำหนดขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 833 คน (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W., 1970) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ออกเป็น 4 โซนและคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละโซนเป็นสัดส่วนกันด้วยวิธีเทียบบัญญัติไตรยางค์แล้วสุ่มอย่างง่ายอำเภอบางละมุงในแต่ละโซน 1 อำเภอสุ่มอย่างง่าย รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ 1 รพ.สต. และสุ่มอย่างง่ายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของแต่ละ รพ.สต. จนครบจำนวนตามต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากศึกษาหลักการ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำผลการศึกษามาสร้างแบบสอบถามโดยขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดกรอบแนวคิดและดำเนินการสร้างเครื่องมือลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามแบบเปิดและปิดผสมกัน ส่วนที่ 2 ความรอบรู้โรคเบาหวานมี 3 องค์ประกอบคือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นการมีวิจารณญาณ ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมี 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถและความคาดหวังประสิทธิผลการปฏิบัติ ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมมี 4 องค์ประกอบ คือ ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล ส่วนที่ 5 วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพมี 5 องค์ประกอบ คือ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย



การจัดการความเครียด การนอนหลับ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิตมี 4 องค์ประกอบ คือ สภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 2-6 มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ทุกองค์ประกอบเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมดแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนนคำตอบเป็น 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับแล้วแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย แบบอิงเกณฑ์ใช้แนวคิดของของบลูมและคณะ (Bloom, B. et al., 1971) ดังนี้ มาก คือ มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป ปานกลาง คือ มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60.0 – 79.9 และน้อย คือ มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.0

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) แล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่า IOC ระหว่าง 0.60 – 1.00 นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลผู้ป่วยของ รพ.สต. ท่ากระชับ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่มีอายุระหว่าง 45-79 ปี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 ส่วนที่ 2 ความรอบรู้โรคเบาหวานรวม ขึ้นพื้นฐาน ขึ้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขึ้นการมีวินิจฉัยญาณ มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 0.70 0.89 และ 0.90 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวม การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนและความคาดหวังประสิทธิผลการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น 0.92 0.95 0.88 0.79 และ 0.82 ตามลำดับ ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมรวม ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการให้การประเมินผล มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 0.84 0.84 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ ส่วนที่ 5 วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพรวม การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 0.56 0.85 0.80 0.67 และ 0.83 ตามลำดับ ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิตภาพรวม สภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 0.94 0.81 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ นำเครื่องมือที่ทดลองใช้แล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้ถูกต้องสมบูรณ์และจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับจริงเก็บข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์มาแล้วอย่างน้อย 5 ปี ของ รพ.สต. เป้าหมายเป็นผู้ช่วยเก็บแบบสอบถามโดยไปเก็บแบบสอบถามที่บ้านของผู้ป่วยตามจำนวนที่ต้องการ

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น อนุมัติการวิจัยเลขที่ WTU 2563 – 0038 เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2563 พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้ตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ



และในการตอบแบบสอบถามไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการและแยกใบยินยอมเข้าร่วมโครงการออกจากแบบสอบถามไว้แต่ละส่วน เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงกันของแบบสอบถามกับใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคร่วม โดยแจกแจงความถี่และร้อยละตามคำตอบของแบบสอบถาม อายุแบ่งเป็น 7 กลุ่ม ต่างกันกลุ่มละ 5 ปี ได้แก่ น้อยกว่า 50 50 - 54 55 - 59 60 - 64 65 - 69 70 - 74 และตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป แล้วแจกแจงความถี่ของกลุ่มแต่ละกลุ่ม ร้อยละ อายุต่ำสุด สูงสุด เฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะเวลาในการป่วยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ต่างกันกลุ่มละ 5 ปี ได้แก่ น้อยกว่า 5 5 - 9 10 - 14 15 - 19 20 - 24 และตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป แล้วแจกแจงความถี่ของกลุ่มแต่ละกลุ่ม ร้อยละ ระยะเวลาป่วยต่ำสุด สูงสุด เฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม วิธีชีวิตเพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต รวมคะแนนแต่ละตัวแปร และหาคะแนนเฉลี่ย ร้อยละคะแนนเฉลี่ยของคะแนนเต็มส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วทำแจกแจงความถี่ของคะแนนรวม

ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล (Normal Distribution) โดยหาคะแนนเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และความเบ้ ตรวจสอบความสัมพันธ์สัมพันธ์เชิงเส้นตรงของ ตัวแปรสังเกตได้ โดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ตรวจสอบความเหมาะสมในการนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์องค์ประกอบ โดยหาค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (MSA) ตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดว่าเป็นเมตริกเอกลักษณ์โดยการหาค่า Bartlett's Test of Sphericity ถ้าค่า Bartlett's Test of Sphericity มีนัยสำคัญ แสดงว่า ตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ (สุภมาส อังคุโชติ, 2557)

ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืน (Goodness of Fit Measures) ด้วยค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (relative Chi-Square: χ^2 / df) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index: CFI) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) ดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) รากกำลังสองเฉลี่ย ของ ค่าความแตกต่างจากประชากรต่อหน่วยของค่าอิสระโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) ตามเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน (สุภมาส อังคุโชติ, 2557)



วิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย Path analysis ประเมินค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีการประมาณค่าความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood) ด้วยโปรแกรมไลสเรล 8.72

ผลการวิจัย

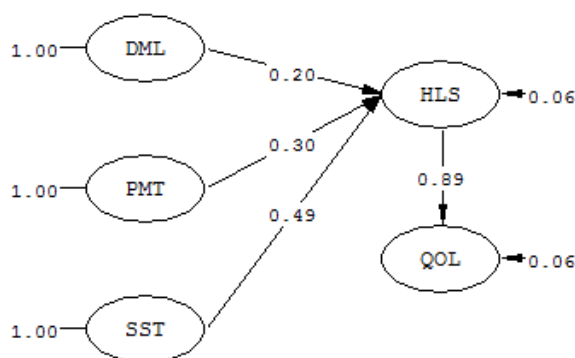
ข้อมูลส่วนบุคคล จากแบบสอบถาม 833 ฉบับ สมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ได้ 827 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.3 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 67.2 อายุระหว่าง 60-64 ปี และ 55-59 ปี สัดส่วนใกล้เคียงกันร้อยละ 19.4 และ 18.6 ตามลำดับอายุน้อยที่สุด 45 ปี สูงสุด 79 ปี เฉลี่ย 63.1 ± 8.5 ปี เป็นแม่บ้าน ทำงานบ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพสัดส่วนใกล้เคียงกับเป็นเกษตรกรร้อยละ 34.6 และ 34.1 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 78.2 มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนร้อยละ 60.5 ป่วยมาแล้วน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 34.7 เฉลี่ย 9.0 ± 5.7 ปี มีโรคอื่นร่วมร้อยละ 67.1 โดยโรคร่วมเกือบทั้งหมดเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 97.7

ความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม วิธีชีวิตเพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	ระดับความคิดเห็น			ระดับ	
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.
ความรอบรู้โรคเบาหวาน	195 (23.6)	479 (57.9)	153 (18.5)	3.51	0.63
แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	353 (42.7)	408 (49.3)	66 (8.0)	3.84	0.63
การสนับสนุนทางสังคม	421 (50.9)	384 (46.4)	22 (2.7)	3.99	0.55
วิธีชีวิตเพื่อสุขภาพ	143 (17.3)	499 (60.3)	185 (22.4)	3.41	0.58
คุณภาพชีวิต	305(36.9)	445(53.8)	77(9.3)	3.73	0.60

โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยหลังปรับโมเดลแล้วมีค่า Chi-Square = 203.42 df = 102 p-value = 0.00 relative Chi-Square = 1.99 CFI = 1.00 GFI = 0.98 AGFI = 0.95 RMSEA = 0.04 และ SRMR = 0.03 ดังภาพที่ 1



Chi-Square=203.42, df=102, P-value=0.00000, RMSEA=0.035

ภาพที่ 1 โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (หลังปรับ)

เส้นทางอิทธิพลความรู้โรคเบาหวาน (DML) แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (PMT) การสนับสนุนทางสังคม (SST) และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (HLS) ที่มีต่อคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้โรคเบาหวานมีอิทธิพลทางตรงต่อวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.11 มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.09 มีอิทธิพลรวมต่อคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.09 แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีอิทธิพลทางตรงต่อวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.16 มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.14 มีอิทธิพลรวมต่อคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.14 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.26 มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.23 มีอิทธิพลรวมต่อคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.23 และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต มีสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.88 ตัวแปรแฝงภายในโมเดลเส้นทางอิทธิพลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 79 ดังภาพที่ 1 และตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เส้นทางอิทธิพลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ			คุณภาพชีวิต		
	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อม	อิทธิพลรวม	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อม	อิทธิพลรวม
	(DE)	(IE)	(TE)	(DE)	(IE)	(TE)
ความรู้รอบรู้โรคเบาหวาน	0.11** (0.02) 6.79	- - -	0.11** (0.02) 6.79	- - -	0.09** (0.01) 6.49	0.09** (0.01) 6.49
แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0.16** (0.04) 3.58	- - -	0.16** (0.04) 3.58	- - -	0.14** (0.04) 3.55	0.14** (0.04) 3.55
การสนับสนุนทางสังคม	0.26** (0.05) 5.60	- - -	0.26** (0.05) 5.60	- - -	0.23** (0.04) 5.52	0.23** (0.04) 5.52
วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ	- - -	- - -	- - -	0.88** (0.05) 16.25	- - -	0.88** (0.05) 16.25

หมายเหตุ: ** $p < .001$ สมการโครงสร้างของตัวแปรคุณภาพชีวิต มีค่า $R^2 = 0.79$

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาระดับความรู้รอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม พบว่า ทุกตัวแปรอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานของ รพ.สต.และหน่วยงานระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องต้องส่งเสริมพัฒนาความรู้รอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่า โมเดลเชิงสมมติฐานที่เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรู้สุขภาพของ Nutbeam (Nutbeam, D., 2000) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคของ Dunn, S. และ Rogers, R. W. (Dunn, S. & Rogers, R. W., 1988) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House, J. S. et al. (House, J. S. et al., 1988) แนวคิดวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพของ American



College (American College, 2019) และคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012)

3. ผลการศึกษาเส้นทางอิทธิพลความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคมและวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต ตัวแปรในโมเดลเส้นทางอิทธิพลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 79 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้โรคเบาหวาน มีแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Eun Hyun, L. et al. ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง แบบจำลองโครงความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตน การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ความรอบรู้สุขภาพมีผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและมีผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านการดูแลตนเอง (Eun Hyun, L. et al., 2016) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรี สุรัตน์ ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่คำ อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย พบว่า แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (สุนทรี สุรัตน์, 2561) Yin Mon ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศเมียนมาร์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Yin Mon, M. K., 2016) อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคมช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับตัวอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2010) Bishwajit, G. et al ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมวิถีชีวิต สุขภาพส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของผู้ชายชาวจีนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Bishwajit, G. et al., 2016) และยืนยันตามแนวคิดวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพของ American College ที่กล่าวว่าวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีผลต่อคุณภาพชีวิต (American College, 2019) ตัวแปรในโมเดลเส้นทางอิทธิพลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 79 หมายความว่า ความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคมและวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตเพียงร้อยละ 79 เท่านั้น แสดงว่ายังมีตัวแปรอื่นที่แตกต่างจากตัวแปรในโมเดลการวิจัยครั้งนี้ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



สรุป/ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม วิธีชีวิตเพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีความรอบรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อ วิธีชีวิตเพื่อสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต วิธีชีวิตเพื่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานของ รพ.สต. ควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมเพิ่มระดับความรู้โรคเบาหวาน แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีชีวิตเพื่อสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสร้างกระบวนการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาแนวคิดทฤษฎีอื่นที่เป็นสาเหตุของคุณภาพชีวิตเพิ่มเติมและควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายรายละเอียดคุณภาพชีวิตจากความต้องการและมุมมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเด็นที่แตกต่างเพิ่มเติมจากกรอบโมเดลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ จันทรมลี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ประภาเพ็ญ สุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และขอขอบคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ. เรียกใช้เมื่อ 18 มกราคม 2563 จาก <https://www.hdcservice.moph.go.th>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ปฐยาวัชร ปรากฏผลและคณะ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. ใน รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรูป. สถาบันพระบรมราชชนก.



- วิชัย เอกพลการ. (2559). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- สุนทร สุรัตน์. (2561). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่คำ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 25(3), 11-18.
- สุภมาส อังศุโชติ. (2557). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: เจริญมั่นคงการพิมพ์.
- สุวรรณ ศรีอัยสงค์และคณะ. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรคและภัยสุขภาพ, 13(2), 37-49.
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2010). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. วารสารRama Nurs, 16(2), 309-322.
- อัจฉรา สุวรรณนาคินทร์. (2559). คู่มือการพยาบาล การดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้เป็นเบาหวาน. มหาวิทยาลัยมหิดล: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- American College. (2019). Lifestyle Medicine. Retrieved September 20, 2019, from <http://www.lifestylemedicine.org>
- Bishwajit, G. et al. (2016). Lifestyle Behaviors, Subjective Health, and Quality of Life among Chinese Men Living With Type 2 Diabetes. American Journal of Men s Health, 8(1), 1-8.
- Bloom, B. et al. (1971). Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- Dunn, S. & Rogers, R. W. (1988). Protection Motivation Theory and preventive health : Beyondthe Health Belief Model. Health Education Research, 1(3), 153-161.
- Eun Hyun, L. et al. (2016). A Structural Equation Model Linking Health Literacy to Self - efficacy, Self-care Activities, and Health-related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. Asian Nursing Research Journal, 10(2), 82-87.
- House, J. S. et al. (1988). Structures and Processes of Social Support. Annual Review of Sociology, 14(1), 293-318.
- International Diabetes Federation. (2019). IDF DIABETES ATLAS Nine Edition. Retrieved July 15, 2020, from <http://www.diabetesatlas.org>



- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Education and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. London: Health Promotion International.
- World Health Organization. (1998). Healthy Living adopted by the WHO Regional Committee for Europe at its forty-eighth session. Copenhagen: World Health Organization.
- _____ (2012). WHOQOL User Manual. Copenhagen: World Health Organization.
- _____ (2019). Classification of Diabetes Mellitus 2019. Copenhagen: World Health Organization.
- Yin Mon, M. K. (2016). Factors Predicting Health-Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes in Myanmar. *Nursing Science*, 36(4), 18-27.