

ORIGINAL ARTICLE

A Comparative Study of Health Belief Model Factors and Diabetes Screening Behaviors among People Aged 35 and Over in Loei Municipality, Mueang District, Loei Province

Tawit Srikasem, M.D., Dip Thai Board of OB-GYN

Loei Hospital, Loei Province, Thailand

Corresponding author :

Tawit Srikasem, M.D.,
Loei Hospital, 32/1 Maliwan
Road, Kut Pong Subdistric,
Mueang Loei Distric,
Loei 42000, Thailand
Email: clinicdrtawit178@gmail.
com

Received: December 27, 2025;

Revised: January 7, 2026;

Accepted: February 11, 2026

ABSTRACT

Background: Diabetes mellitus is a common and highly significant chronic disease. Diabetes screening is essential to prevent the development of diabetes or to provide intensive treatment from the early stages of the disease.

Design: Cross-sectional Descriptive Study

Methods: The study population consisted of individuals aged 35 years and older residing in the Loei Municipality, Mueang District, Loei Province. A total of 420 participants were selected using simple random sampling. Data were collected using a structured questionnaire. Descriptive statistics were used to analyze baseline characteristics. Comparisons of factors were conducted using t-tests and analysis of variance (ANOVA), with multiple comparisons performed using Scheffé's method at a 95% confidence level ($p < 0.05$). Statistical analyses were conducted using statistical software.

Results: The group that underwent screening had significantly higher mean Health Belief Model (HBM) scores in all dimensions compared to the group that did not undergo screening ($p < 0.05$). Among the screening group, differences in educational level and occupational characteristics were associated with differences in perceived susceptibility to diabetes. In contrast, in the non-screening group, differences in educational level and income were associated with differences in perceived benefits and perceived barriers to diabetes screening, showing statistically significant differences at the 0.05 level.

Conclusions: The HBM should be integrated into the development of diabetes screening systems to enhance efficiency and promote, prevent, and control diabetes within the relevant areas.

Keywords: comparison, Health Belief Model, diabetes screening

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย

ทวิช ศรีเกษม, พบ., วว.สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ทวิช ศรีเกษม, พ.บ.,
โรงพยาบาลเลย 32/1 ถ.มลิวรรณ
ต.กุดป่อง อ.เมืองเลย จ.เลย
42000, ประเทศไทย
Email: clinicdrtawit178@
gmail.com

Received: December 27, 2025;

Revised: January 7, 2026;

Accepted: February 11, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญมาก การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน หรือให้การรักษาอย่างเข้มงวดตั้งแต่เริ่มต้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

แบบวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 420 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยใช้ สถิติที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน ทำการเปรียบเทียบพหุคูณด้วยวิธีของเชฟเฟ่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ผลการศึกษา: กลุ่มที่มาตรวจคัดกรองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มาตรวจคัดกรองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มาคัดกรองที่มีระดับการศึกษา และลักษณะอาชีพ ต่างกันจะมีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มที่ไม่มาคัดกรองมีระดับการศึกษา และรายได้ ต่างกันจะมีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ร่วมในการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตลอดจนส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

คำสำคัญ: เปรียบเทียบ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญมากในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถใช้ฮอร์โมนอินซูลินที่สร้างขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอินซูลินมีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) เป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยและนำมาซึ่งผลเสียต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเส้นประสาทและหลอดเลือด^{1,2} โรคเบาหวานยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ แผลที่เท้าและโรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy)^{3,4} ในปีพ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นเบาหวานถึงร้อยละ 14 เพิ่มขึ้นเท่าตัวในช่วง 32 ปีที่ผ่านมา และพบว่าผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 30 ปี จำนวนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.0) ไม่ได้ได้รับการรักษา⁵ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย⁶ พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.6 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยเพศชายมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.8 ส่วนเพศหญิงมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.7 และความชุกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย และยังพบว่าโดยภาพรวมผู้ที่เป็เบาหวาน แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 27.0 โดยในเพศชายพบร้อยละ 32.2 ส่วนเพศหญิงพบร้อยละ 22.8 การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเป็นการค้นหาผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานหรือผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ยังไม่มีอาการ โดยให้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน หรือให้การรักษาอย่างเข้มงวดตั้งแต่ต้น ซึ่งได้ผลดีในการควบคุมโรคเบาหวาน⁷ จากข้อมูลการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลเมืองเลย อ.เมือง จ.เลย ปี พ.ศ. 2567 มีอัตราการเข้ารับบริการเพียงประมาณร้อยละ 17.6 ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับภาพรวมของอำเภอเมือง ภาพรวมของจังหวัดเลยและของทั้งประเทศที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 93.33, 93.4 และ 56.2 ตามลำดับ^{6,8}

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศแบบ meta-analysis⁹ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ที่มีอิทธิพลต่อการตรวจคัดกรองโรค การป้องกันโรคและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ พบว่าการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีอิทธิพลต่ำสุด หากศึกษาเฉพาะโรคเบาหวาน ผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค รับรู้ความรุนแรงของโรคและรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนการรับรู้อุปสรรคทำให้ความตั้งใจตรวจคัดกรองลดลง¹⁰ และการศึกษาในช่วงอายุ 20–49 ปี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันดีกว่า แต่การรับรู้อุปสรรคส่งผลเชิงลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน¹¹ กรณีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แล้วพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน และความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 มีพฤติกรรมป้องกันระดับที่สามอย่างมีนัยสำคัญ¹² แต่บางการศึกษา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันแต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันลดลง¹³ และในประเทศไทยพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคและการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองเบาหวาน^{14,15} บางรายงานพบว่ามีเพียงการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน¹⁶ หรือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคที่มีความสัมพันธ์¹⁷ และยังพบว่าแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพยังไม่ส่งผลชัดเจนต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง¹⁸ นอกจากนั้นการให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้มีการตระหนักถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานมากขึ้น^{19,20}

จากการทบทวนดังกล่าวพบว่ายังมีการศึกษาน้อยในประเทศไทยโดยเฉพาะในประชากรเขตเมือง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการ

เปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชาชน 35 ปีขึ้นไปในเขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เขตเทศบาลเมืองเลย อ.เมืองเลย จ.เลย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย
2. เพื่อใช้ในการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health believe model)²¹ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน

เบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน และสัญญาณบ่งชี้การกระทำ มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ดังรูปที่ 1

วัสดุและวิธีการ

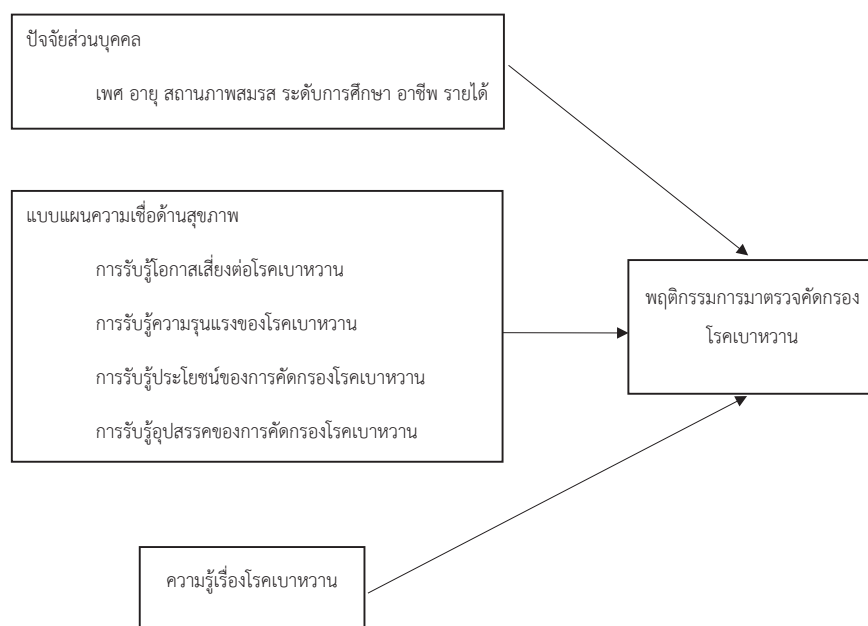
รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในปัจุบัน ประมาณ 2567 ในเขตรับผิดชอบของ ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 7,822 คน⁸

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรเมื่อทราบขนาดประชากร จาก application n4Studies Plus โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ได้จากการทำ pilot study ในพื้นที่ใกล้เคียง โดยใช้สูตร²²

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_1}{n_2}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดวิจัย

ได้กลุ่มตัวอย่าง 203 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 4 เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 210 คนต่อกลุ่ม รวม 420 คน

โดยมีเกณฑ์การเลือกเข้าคือ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีสติ-สัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน ฟัง หรือเขียนภาษาไทยได้ สัญชาติไทย และเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (Hb A1C) ตั้งแต่ 6.5 ขึ้นไป ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานภายในระยะเวลา 1 ปีก่อนการเข้าร่วมโครงการ ผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลช่วงทำการเก็บข้อมูล ไม่เป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง (palliative)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากการจับฉลากรายชื่อประชากรในแต่ละชุมชน จาก 10 ชุมชน ๆ ละ 42 คน จนครบ 420 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคเบาหวานจำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้ตอบ ใช่/ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน เป็น 5 ระดับตามมาตรวัดของ ลิเคิร์ท (Likert Scale)²³ ให้คะแนนระดับความคิดเห็นดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

คำนวณระดับความเห็นเฉลี่ยตามความกว้างของอันตรภาคชั้นการประเมินผล²⁴ ดังนี้

คะแนน 4.21-5.00 คือ ระดับมากที่สุด คะแนน 3.41-

4.20 คือ ระดับมาก คะแนน 2.61-3.40 คือ ระดับปานกลาง คะแนน 1.81-2.60 คือ ระดับน้อย คะแนน 1.00-1.80 คือ ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เหตุผลที่มา/ไม่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC > 0.5) แล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มประชากรอื่นจำนวน 30 คน 2) หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธี KR20 ได้เท่ากับ 0.76 3) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน-บาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.74

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลย เอกสารรับรองเลขที่ EC022/2568 เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2568

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้จัดอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติจำนวน 3 คน เพื่ออธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และเน้นการแจ้งถึงสิทธิและจริยธรรมในการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งขอคำยินยอม ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สถิติที (t-test) กรณีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระกัน และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) กรณีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป แล้วทดสอบหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน เพื่อทำการเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) ด้วยวิธีของเชฟเฟ (scheffe) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่า กลุ่มที่มา/ไม่มาคัดกรองโรคเบาหวาน มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (52.28 และ 50.10 ปี) ส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชาย (68.72% / 66.51%) ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน (35.55% / 44.98%) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา (52.13% / 41.63%) กลุ่มที่มาคัดกรองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 44.08 และร้อยละ 40.28) กลุ่มที่ไม่มาคัดกรองส่วนใหญ่มีเวลาทำงานที่แน่นอนและมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 50.72 และร้อยละ 38.28) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52.28 ± 11.00 ปี / อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่มาคัดกรองเท่ากับ 50.10 ± 9.70 ปี

คะแนนความรู้โรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มที่มาคัดกรองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มาคัดกรองอย่างมีนัย

สำคัญที่ 0.05 ($\bar{x}$ SD = 4.12 ± 0.88 และ 3.84 ± 0.84 ตามลำดับ, $p < 0.001$)

สำหรับปัจจัยแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน (ตารางที่ 2) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน โดยกลุ่มที่มาคัดกรองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางจนถึงมากที่สุด เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่มาคัดกรองโรคเบาหวาน (ตารางที่ 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและลักษณะอาชีพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ระดับมาก) ส่วนลักษณะอาชีพ กลุ่มที่มีเวลาทำงานแน่นอนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ระดับมาก) และแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 420)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	มาคัดกรอง 211 (50.2)	ไม่มาคัดกรอง 209 (49.8)		
เพศ				
ชาย	66 (31.28)	70 (33.49)	0.235	0.628
หญิง	145 (68.72)	139 (66.51)		
สถานภาพสมรส				
โสด	27 (12.80)	30 (14.35)	5.279	0.152
สมรสและอยู่ด้วยกัน	75 (35.55)	94 (44.98)		
สมรสและแยกกันอยู่	36 (17.06)	29 (13.88)		
หม้าย/หย่าร้าง	73 (34.59)	56 (26.79)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	110 (52.13)	87 (41.63)	5.699	0.058
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	51 (24.17)	70 (33.49)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	50 (23.70)	52 (24.88)		
ลักษณะอาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	93 (44.08)	50 (23.92)	20.901	< 0.001*
เวลาทำงานแน่นอน	69 (32.70)	106 (50.72)		
เวลาทำงานไม่แน่นอน	49 (23.22)	53 (25.36)		
รายได้ (บาท/เดือน)				
น้อยกว่า 10,000 บาท	85 (40.28)	50 (23.92)	13.436	0.0012*
10,000-20,000 บาท	57 (27.01)	79 (37.80)		
มากกว่า 20,000 บาท	69 (32.71)	80 (38.28)		

Chi-square test, *p < 0.05

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

ปัจจัยแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ	พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ($\bar{X} \pm SD$)		t-test	p-value
	มา	ไม่มา		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	3.71±0.54	3.31±0.61	7.194*	< 0.001
1. ถ้าหากมีญาติสายตรงเช่น พ่อ แม่ พี่หรือน้องเป็นเบาหวานจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าประชาชนทั่วไป	4.15±0.74	3.77±0.76	5.280*	< 0.001
2. ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน	3.15±0.73	2.79±0.74	5.026*	< 0.001
3. ภาวะอ้วนเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	3.84±0.81	3.37±0.83	5.815*	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	3.86±0.63	3.59±0.74	4.029*	< 0.001
4. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายส่งผลให้เกิดจอประสาทตาเสื่อมและทำให้ตาบอดได้	3.84±0.81	3.55±0.78	3.771*	< 0.001
5. ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดง (หลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และหลอดเลือดสมอง) ตีบตันสูงกว่าประชากรทั่วไป	3.86±0.70	3.63±0.84	2.934*	0.004
6. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติส่งผลให้เกิดแผลที่เท้ามากกว่าประชากรทั่วไป	3.87±0.74	3.58±0.83	3.819*	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน	3.84±0.65	3.59±0.73	3.779*	< 0.001
7. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต	3.85±0.74	3.58±0.82	3.546*	< 0.001
8. การควบคุมเบาหวานได้ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้	3.83±0.70	3.59±0.77	3.359*	0.001
การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน	3.87±0.54	3.55±0.68	5.229*	< 0.001
9. การตรวจคัดกรองเบาหวานมีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่สิ้นเปลืองเวลามาก	3.88±0.67	3.57±0.78	4.322*	< 0.001
10. ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องทานยาเบาหวานตลอดชีวิต ไม่สามารถหยุดทานยาได้เลย	3.89±0.71	3.60±0.73	4.027*	< 0.001
11. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานมีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก	3.84±0.68	3.49±0.77	4.947	< 0.001

Independent sample t-test, *p < 0.05

ไม่มาคัดกรองโรคเบาหวาน (ตารางที่ 4) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ระดับมาก) ส่วนรายได้ ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ระดับมาก) และแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านอื่น ๆ

ไม่มีความแตกต่างกัน

จากแบบสอบถามพบว่า เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน 3 อันดับแรก คือ 1) เคยเห็นหรือคนรู้จักเป็นโรคเบาหวาน 2) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และ 3) เสียเวลาไม่มาก (ร้อยละ 35.55 20.85 และ 14.22 ตามลำดับ) ส่วนเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตรวจคัดกรอง 3 อันดับแรก คือ 1) ไม่มีอาการผิดปกติ 2) ช่วงเวลาตรวจคัดกรองไม่เหมาะสม และ 3) ไม่สะดวก เสียเวลา การบริการมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก (ร้อยละ 38.76 21.05 และ 21.05 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพจำแนกตามระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ และรายได้ ของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

ตัวแปร	แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ											
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน			การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน			การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน			การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน		
	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value
ระดับการศึกษา	3.71	3.659*	0.027	3.86	1.551 ^{ns}	0.215	3.84	1.335 ^{ns}	0.265	3.87	0.176 ^{ns}	0.839
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	3.64 ^b			3.82			3.82			3.86		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	3.71 ^{ab}			3.80			3.77			3.85		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.89 ^a			3.99			3.97			3.91		
ลักษณะอาชีพ	3.71	3.395*	0.035	3.86	0.085 ^{ns}	0.919	3.84	0.455 ^{ns}	0.635	3.87	0.004 ^{ns}	0.996
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.62 ^b			3.84			3.87			3.86		
เวลาทำงานแน่นอน	3.85 ^a			3.88			3.78			3.87		
เวลาทำงานไม่แน่นอน	3.70 ^{ab}			3.86			3.88			3.87		
รายได้	3.71	1.514 ^{ns}	0.222	3.86	0.732 ^{ns}	0.482	3.84	0.636 ^{ns}	0.530	3.87	0.400 ^{ns}	0.671
< 10,000 บาท	3.66			3.82			3.82			3.85		
10,000-20,000 บาท	3.68			3.83			3.79			3.83		
> 20,000 บาท	3.81			3.93			3.91			3.91		

F-test, *p < 0.05; ns, p > 0.05

ตัวอักษรภาษาอังกฤษที่ต่างกันในแต่ละสดมภ์ คือ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05; ns, ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^a, ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน; ^b, ค่าเฉลี่ยอีกกลุ่มหนึ่ง; ^{ab}, ค่าเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มที่มีทั้ง a และ b

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพจำแนกตามระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ และรายได้ ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

ตัวแปร	แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ											
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน			การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน			การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน			การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน		
	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value
ระดับการศึกษา	3.31	2.011 ^{ns}	0.136	3.59	1.131 ^{ns}	0.325	3.59	1.683 ^{ns}	0.188	3.55	3.931*	0.021
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	3.24			3.50			3.51			3.44 ^b		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	3.30			3.62			3.58			3.53 ^{ab}		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.45			3.69			3.74			3.78 ^a		
ลักษณะอาชีพ	3.31	1.214 ^{ns}	0.299	3.59	0.806 ^{ns}	0.448	3.59	0.523 ^{ns}	0.594	3.55	1.363 ^{ns}	0.258
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.28			3.64			3.63			3.53		
เวลาทำงานแน่นอน	3.27			3.53			3.54			3.50		
เวลาทำงานไม่แน่นอน	3.42			3.67			3.65			3.69		
รายได้	3.31	1.379 ^{ns}	0.254	3.59	2.581 ^{ns}	0.078	3.59	3.271*	0.040*	3.55	4.564*	0.011
< 10,000 บาท	3.28			3.62			3.58 ^{ab}			3.51 ^{ab}		
10,000-20,000 บาท	3.24			3.45			3.44 ^b			3.41 ^b		
> 20,000 บาท	3.40			3.71			3.74 ^a			3.73 ^a		

F-test, *p < 0.05; ns, p > 0.05

ตัวอักษรภาษาอังกฤษที่ต่างกันในแต่ละสดมภ์ คือ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05; ns, ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^a, ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน; ^b, ค่าเฉลี่ยอีกกลุ่มหนึ่ง; ^{ab}, ค่าเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มที่มีทั้ง a และ b

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองพบว่า อายุเฉลี่ย เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี สมพันธ์ และคณะ¹⁶ ในส่วนลักษณะอาชีพและรายได้พบว่ามี ความแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล¹⁷ และการศึกษาของประยุทธิ์ ไตรสารศรี¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ไม่มาตรวจคัดกรองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีอาชีพที่มีเวลาทำงานแน่นอนและมีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงเวลาในการตรวจคัดกรองไม่เหมาะสม เสียเวลามาตรวจคัดกรอง ตลอดจนไม่สะดวกในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองจากหน่วยบริการของสาธารณะสุขซึ่งมีกำหนดเวลา การตรวจคัดกรองที่แน่นอน นอกจากนั้นแล้วอาจเป็นเพราะค่าเสียโอกาสทางเวลาสูงซึ่งเป็นบริบทของสังคมเมืองเช่นเดียวกับการศึกษาประชากรในเขตเมือง^{13,16}

ส่วนความรู้โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองพบว่า มีความแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประยุทธิ์ ไตรสารศรี¹⁴ แต่แตกต่างกับ ดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล¹⁷ อาจเนื่องมาจากความรู้มีความสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน¹³ ช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงภาวะก่อนเบาหวาน และให้ความสำคัญต่อการมาตรวจคัดกรอง ทำให้สามารถปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานหรือได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนว่าสามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคได้^{4,25} นอกจากนี้การขาดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยหรือการศึกษาต่ำ ดังนั้นการให้ความรู้ที่เหมาะสมจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดอุบัติการณ์โรคเบาหวาน²⁶

สำหรับปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานส่งผลต่อพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ⁹⁻¹⁴ แต่มีบางการศึกษาที่พบว่ามี

เพียงบางแบบแผนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน¹⁶⁻¹⁸ อาจเนื่องจากมีความเชื่อว่าหากมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน เคยเห็นหรือรู้จักคนเป็นโรคเบาหวานก็จะมีแนวโน้มเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับรู้หรือเชื่อในประเด็นดังกล่าว โดยหากบุคคลเชื่อว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทำให้จอประสาทตาเสื่อมและตาบอดได้ มีภาวะหลอดเลือดแดงตีบตันสูงกว่าคนปกติและส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าจะเพิ่มแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองแม้ยังไม่มีอาการ ตลอดจนเมื่อบุคคลเชื่อว่าการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้และถึงแม้จะป่วยเป็นเบาหวานแล้วก็ตามแต่สามารถควบคุมเบาหวานได้ดีก็ยังสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้ อีกทั้งหากรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองเบาหวานตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตมีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่สิ้นเปลืองเวลามาก ถึงแม้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้วก็ไม่จำเป็นต้องทานยาเบาหวานตลอดชีวิตและสามารถหยุดทานยาได้จะเพิ่มโอกาสการมาตรวจคัดกรองได้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตลอดจนส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่

1. เน้นสื่อสารเรื่อง ภัยเงียบของโรคเบาหวาน ในส่วนการให้สุขภาพศึกษาไม่ควรเน้นแค่อาการของโรคแต่ต้องเน้นย้ำถึงโรคเบาหวานในระยะแรกไม่มีอาการและคนที่ดูแข็งแรงก็เป็นเบาหวานได้
2. ควรปรับทัศนคติแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตลอดจนให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายก่อนที่จะมีการตรวจคัดกรอง ในผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปควรเน้นเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ควรเน้นเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรอง และผู้ที่มีเวลาทำงานแน่นอนควรเน้นเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

3. ควรปรับปรุงขั้นตอนการบริการการตรวจคัดกรองให้เรียบง่าย สะดวกและรวดเร็ว

4. อาจใช้วิธีการตรวจ capillary blood glucose โดยไม่อดอาหาร แทนการตรวจแบบอดอาหารเพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองของกลุ่มอาชีพที่มีเวลาทำงานที่แน่นอน โดยถ้าระดับ capillary blood glucose ต่ำกว่า 110 มก./ดล. มีโอกาสพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดน้อย แต่ถ้าระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี fasting plasma glucose⁷

5. เพิ่มบริการในการตรวจคัดกรองให้มากขึ้นได้แก่เพิ่มหน่วยบริการตรวจคัดกรองในชุมชน ให้บริการการตรวจคัดกรองทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ประสานงานกับบริษัทหรือหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อเข้าไปตรวจคัดกรองถึงที่ทำงาน ลดข้ออ้างเรื่องเวลาและขั้นตอน ตลอดจนการพัฒนาระบบนัดหมายจองคิวผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อลดระยะเวลารอคอย ซึ่งตอบโจทย์กลุ่มคนที่มีรายได้สูงที่ให้ความสำคัญกับเวลา

6. เพิ่มการให้บริการตรวจคัดกรองด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติ

7. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ก่อนการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยเฉพาะกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและหรือผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท

สรุป

สำหรับปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมมารดาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน มีความแตกต่างกันทุกด้าน กลุ่มที่มาคัดกรองที่มีระดับการศึกษา และลักษณะอาชีพ ต่างกันจะมีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานต่างกัน กลุ่มที่ไม่มาคัดกรองที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวานต่างกัน

Highlights

1. ความรู้โรคเบาหวานส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน
2. ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน
3. ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ร่วมในการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวาน
4. ใช้วิธีการตรวจ capillary blood glucose โดยไม่อดอาหารเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีโดยได้รับความช่วยเหลือจาก คุณยุลิน ราชพัฒน์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูล ผศ.ดร. พญ.เสาวนันทน์ บำเรอราช ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และดร.จุไรรัตน์ อาจแก้ว ให้คำปรึกษาทางด้านสถิติและตรวจทานต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. StatPearls. Diabetes Mellitus [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551501/>
3. American Diabetes Association. Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1–S350. Available from: https://diabetesjournals.org/care/issue/47/Supplement_1
4. Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538216/>
5. World Health Organization. Urgent action is needed as global diabetes cases increase four-fold over past decades [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.who.int/news/item/13->

- 11-2024-urgent-action-needed-as-global-diabetes-cases-increase-four-fold-over-past-decades
6. เรืองฤดี ปธานวนิช. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย: Thai National Health Examination Survey ครั้งที่ 7 (NHES VII) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://thai-nhes.com/>
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. เขตสุขภาพที่ 8: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC); เข้าถึงเมื่อ [9 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice.moph.go.th>
9. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. Health Educ Res. 1992;7:107–16
10. Amalia R, Yuliyanti S, Susanti R. Applying the health belief model in identifying individual understanding towards prevention of type 2 diabetes. Int J Public Health Sci [Internet]. 2022;11:1458–66.
11. Hakim AL, Sari A. Health Belief Model in the prevention of type 2 diabetes mellitus in fertile age couples. J Kesehatan Masyarakat. 2025;20:408–17.
12. Haliza AN, Murti B, Tamtomo DG. Meta-analysis: application of Health Belief Model on tertiary preventive behavior in type 2 diabetes mellitus patients. J Health Promot Behav. 2024;9:185–98
13. Alamer AS. Predictors of type 2 diabetes self-screening: the impact of health belief model, knowledge, and demographics. Int J Stat Med Res. 2025;14:45–54.
14. ประยุทธ์ ไตรสารศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิงหนาท. วารสารบริหารธุรกิจ. 2568;2:111–26.
15. ชูติมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, พรศิริ พันธสี. การศึกษาแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรวัยทำงานมุสลิม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(ฉบับพิเศษ 1):267–77.
16. อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ, สมนึก สกุลหงส์โสภณ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. วารสารรามาริบัติพยาบาลสาร. 2558;21:96–109
17. ดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในศูนย์บริการสาธารณสุขขุนาวง จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2563;23:74–85.
18. ปิยะวรรณ จันตรี, วลัยรัตน์ พบศิริ. ความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการยอมรับการตรวจคัดกรองเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12; 9–10 ก.ค. 2563; นครปฐม, ประเทศไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2563. หน้า. 1098–1105.
19. พิศุทธิ์ ชนรัตน์. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. มหาราชนครศรีธรรมราช. 2567;8:162–74.
20. มงคล การณงามพรรณ, ภาวะดี รามสิทธิ์, ศิริญญา ชุ่มเต็ม. ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2567;10:50–63.
21. Wikipedia. Health belief model [Internet]. [cited 2025 Jun 21]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_belief_model
22. เชษฐา งามจรัส. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
23. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22:1–55.
24. ชัชวาล เรืองประพันธ์. สถิติพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
25. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
26. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25:1053–8.