

## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ธิญาพร รอบโลก<sup>1</sup>, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์<sup>2\*</sup>

(วันรับบทความ 20 กุมภาพันธ์ 2569, วันแก้ไขบทความ 22 มิถุนายน 2569, วันตอบรับบทความ 16 กรกฎาคม 2569)

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งหมด 3 กิจกรรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม และใช้สถิติ Multiple linear regression เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือด มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.125$ ,  $0.089$  ตามลำดับ) คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) โดยกลุ่มทดลองคะแนนมากกว่า 9.7 คะแนน (95%CI: 6.4-13.1)

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ขยายระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมให้ครอบคลุมอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของค่า HbA1C ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและพัฒนาเครื่องมือติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคในระยะยาว

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมดูแลสุขภาพ; โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

<sup>2</sup> อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: mereerat.m@ubu.ac.th

## Research Article

# The effects of a health promotion program based on health belief models on the health care behaviors of patients with uncontrolled type 2 diabetes in Na Pho Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.

Thiyaporn Roblok<sup>1</sup>, Mereerat Manwong<sup>2\*</sup>

(Received: February 20, 2026; Revised: June 22, 2026; Accepted: July 16, 2026)

### Abstract

This study was a quasi-experimental research design, measuring outcomes before and after the intervention in two groups to examine the effects of a health promotion program based on health belief models on the health care behaviors of patients with type 2 diabetes who cannot control their blood sugar levels. The study was conducted in Na Pho Subdistrict, Bunjit District, Ubon Ratchathani Province, with 30 participants in each group. The experimental group received a health promotion program applying the health belief model, consisting of three activities over 12 weeks. The control group received standard care. Data were analyzed using paired t-tests to compare mean scores within groups and multiple linear regression to compare mean score differences between the experimental and control groups. The significance level was set at  $p < 0.05$ .

Results showed that after participating in the program, the comparison between groups revealed no statistically significant differences in health belief scores and mean glycated hemoglobin (HbA1c) levels ( $p = 0.125$  and  $0.089$ , respectively). However, health care behavior scores were significantly higher in the experimental group than in the control group (mean difference =  $9.7$ , 95% CI:  $6.4-13.1$ ;  $p < 0.001$ ).

Therefore, the Subdistrict Health Promoting Hospital can apply the health belief model-based health promotion program to other chronic disease patients. Extending the program duration to at least 6 months is recommended to better evaluate changes in HbA1C levels and to develop continuous health care behavior monitoring tools, thereby enhancing long-term disease management effectiveness.

**Keywords:** Diabetic patients who cannot control their blood sugar levels within normal ranges; Health beliefs; Health care behaviors; Health promotion programs

<sup>1</sup>Master of Public Health Program, College of Medicine and Public Health, Ubonratchathani University

<sup>2</sup>Public Health Department, College of Medicine and Public Health, Ubonratchathani University

\* Corresponding Author Email: mereerat.m@ubu.ac.th

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของการผลิตหรือการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อดวงตา ไต หัวใจ หลอดเลือด ระบบประสาท และแผลเบาหวานที่เท้า ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดเท้าหรือขาได้<sup>(1)</sup> สถานการณ์ปัจจุบันโรคเบาหวาน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคนของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี<sup>(2)</sup> จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าใช้จ่ายเป็นเงินเฉลี่ยรายละ 4,480 บาท ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานจะสูงขึ้นตาม อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร และโรคร่วม โดยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนประมาณรายละ 15,358 บาท ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง 3,684 บาท<sup>(3)</sup> พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล และไขมันสูง กากใยน้อย ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

จากข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 10 ช่วงปี 2566-2568 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 634.71, 677.40 และ 765.16 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปี 2568 จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานสูงสุด รองลงมา คือ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร และศรีสะเกษ คิดเป็น 746.71, 733.72, 718.89, 613.67 และ 575.54 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ<sup>(4)</sup> และอำเภอเดชอุดมเป็นอีกหนึ่งอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบ 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคเรื้อรัง ในปี 2565 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์ อำเภอเดชอุดม มีผู้ป่วยจำนวน 543 คน<sup>(5)</sup> มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 96 คน ภาวะแทรกซ้อนทางตา 78 คน และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและหลอดเลือด 144 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0, 14.4 และ 26.51 ตามลำดับ<sup>(6)</sup> ซึ่งตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีคือตรวจค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (ค่าระดับ Hemoglobin A1C; HbA1C ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7%) ต้องมีมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 และพบว่าในปี 2565 รพ.สต.นาโพธิ์ มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีแค่ 84 คน คิดเป็นร้อยละ 15.47<sup>(7)</sup> ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข จากการปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ พบว่า ปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ คือ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่พบแพทย์ตามนัด เป็นต้น

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในพื้นที่ พบว่า การที่จะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองนั้น บุคคลต้องได้รับความรู้ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการรับรู้แล้วจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น<sup>(8)</sup> การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันที่ช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ นอนให้เพียงพอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค เป็นต้น<sup>(9)</sup> การใช้โปรแกรมสุขภาพในการดูแล

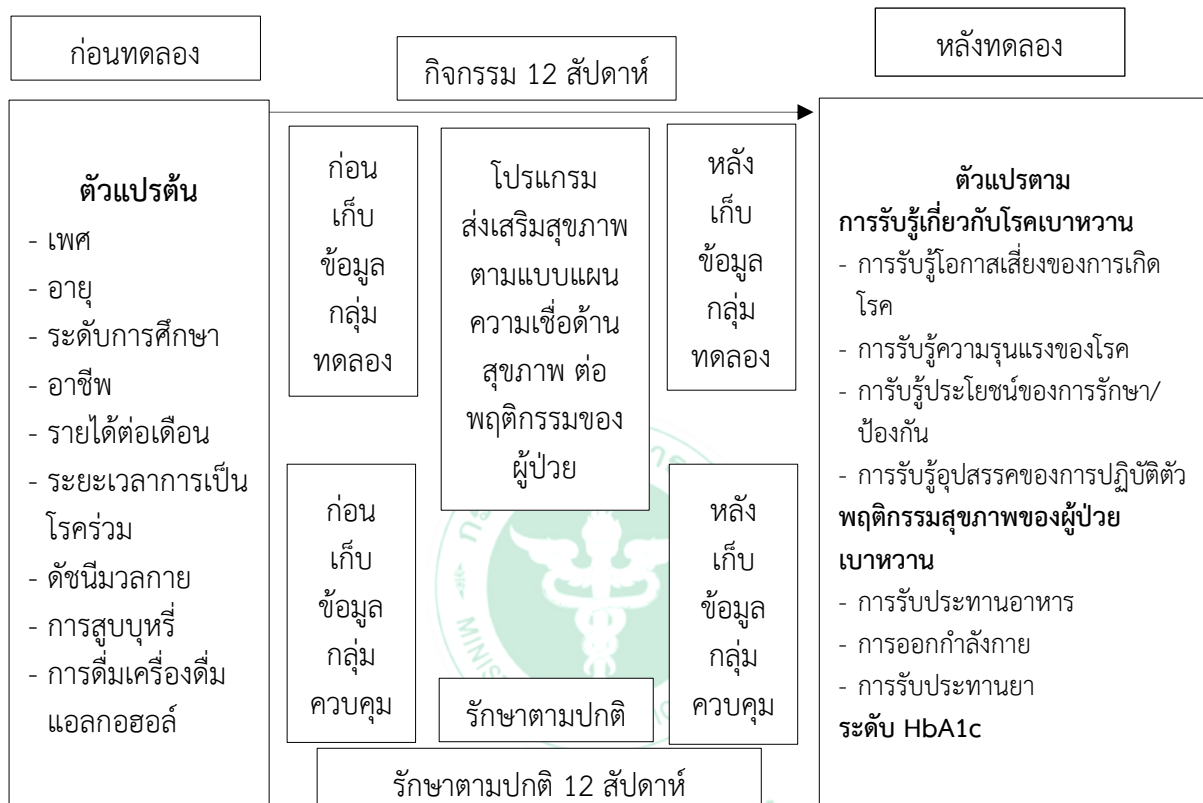
ผู้ป่วยเบาหวานนั้นเป็นอีกหนึ่งวิธีที่สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้ ผลการให้โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้แตกต่างกัน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น<sup>(10,11)</sup> ในด้านการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองไปในทางที่ดีและส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง<sup>(10,12)</sup> จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่2<sup>(13)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า การใช้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมไม่เกิน 7% มีการใช้หลากหลายวิธีการ ซึ่งหนึ่งในวิธีการที่ได้ผลดีคือ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคเบาหวานอาจมีความรุนแรงต่อชีวิตของผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรค จะส่งผลดีให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้<sup>(14)</sup>

อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น ต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความเชื่อจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องมากขึ้น<sup>(8)</sup> ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

### 3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



### 4. วิธีการดำเนินการวิจัย

**4.1 รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) โดยมีรูปแบบการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง 2 กลุ่ม (Two group Pretest-posttest Design)

**4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) รับประทานระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน ได้แก่ Metformin ขนาด 500, 850 mg Glipizide 5 mg Glibenclamide 5 mg Pioglitazone 15 mg 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ตาพร่ามัว ตาบอด ผู้ป่วยโรคไต ไตวาย ล้างไต ฟอกไต ผู้ป่วยมีปัญหาที่เท้าจากโรคเบาหวาน เท้าบวม มีแผลเรื้อรัง 4) ไม่มีอาการโรคจิตประสาท หรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรมและการสื่อสาร 5) สามารถอ่านหนังสือ และเขียนภาษาไทยได้เกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ไม่ยินยอมการทดลองวิจัยจนครบระยะเวลาในระหว่างการศึกษา 2) มีแผนย้ายออกจากพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ ภายใน 3 เดือน 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่กำลังตั้งครรภ์ 4) เปลี่ยนแผนการรักษา ภายใต้อาการเป็นทั้งกินยาและฉีดยาประชากรทั้งหมด 459 คน

**4.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง** คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และกำหนดอิทธิพลพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน<sup>(15)</sup> (Effect size)=0.71 เลือกสถิติ Difference between two independent means (Two groups) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 คน เพื่อป้องกัน Dropout rate อีก 15% ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน

**4.4 การสุ่มตัวอย่าง** การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สุ่มจากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple

Random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย จากระายชื่อผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.นาโพธิ์ และจับฉลากรายชื่อกลุ่มควบคุมจำนวน 30 รายจากระายชื่อผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.แมด

#### 4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.5.1 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Kurt Lewin และได้สร้างเครื่องมือนี้ขึ้นมา ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 1 “เรื่องไม่เบา ของเบาหวาน”** เป็นกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2. ให้ความรู้เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เนื้อหาประกอบด้วย

การบรรยายเรื่องโรคเบาหวาน และโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน

**\*\*แจกคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ** ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย โดยยึดหลัก ความพอประมาณของร่างกาย มีเหตุผลที่จะเลือกปฏิบัติ ปฏิบัติตัวมีภูมิคุ้มกัน

**กิจกรรมที่ 2 “พิชิตเบาหวานด้วย 2 อ 1 ส”**

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2. อ.ที่ 1 อาหาร ให้ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร อาหารพื้นบ้าน ผลไม้ในชุมชนตามฤดูกาล การใช้สมุนไพร ใช้โมเดลอาหาร

3. อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกาย การออกกำลังกายโดยการจัดท้าวในชุมชน มาใช้ประกอบการออกกำลังกายอย่างง่าย เช่น การรำไม้พลอง การใช้ผ้าเช็ดตัวใช้ออกกำลังกาย เป็นต้น

4. 1 ส. สม่่าเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอ ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาโรคเบาหวาน มีปฏิทินการจัดยา

**กิจกรรมที่ 3 “รู้ทัน คุ่มกันโรคเบาหวาน”** เป็นกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
2. กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเป็นโรคด้วยกิจกรรมการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยการเปิดวิดีโอผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน แล้วยกตัวอย่างกรณีที่มีผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนจริงในพื้นที่

3. กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว

4. กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน โดยใช้ตัวแบบที่ผู้ป่วยเบาหวานให้ความเคารพ เช่น เรียนเชิญพระอาจารย์มาบรรยายถ่ายทอดประสบการณ์ การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน

4.5.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล** ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ย โรคร่วม ระยะเวลาการป่วยโรคเรื้อรัง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ** เกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ทั้งหมด 4 ด้าน จำนวนรวม 30 ข้อ ปรับปรุงมาจากงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>(16)</sup> เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าคะแนน 5-1 ตามลำดับ ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 8 ข้อ ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน** แบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้ 1. พฤติกรรมการรับประทานยา 2. รับประทานอาหาร 3. การออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ ปรับปรุงจากแบบสอบถามงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>(16,17)</sup> แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert' scale) คือ ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีค่าคะแนน 5-1 กรณีคำถามเชิงบวก และคะแนน 1-5 กรณีคำถามเชิงลบ

#### 4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

**ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)** ตรวจสอบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) มีค่า IOC > 0.67 ทุกกิจกรรมและทุกข้อคำถาม ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ รพ.สต.หนองแสง ที่อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ชุด วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77, 0.87, 0.84, และ 0.95, 0.92, 0.76 และ 0.88 ตามลำดับ

#### 4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.7.1 ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการในมนุษย์ ดำเนินการติดต่อประสานงานเรื่องวันและเวลาที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบาย ชี้แจงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์ คณะเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ทำการศึกษ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

4.7.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงสิทธิประโยชน์การรักษาความลับแก่กลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวิธีช่วยเหลือหากเกิดผลกระทบไม่พึงประสงค์ ก่อนขอความยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนเริ่มวิจัย

4.7.3 ขั้นตอนการวิจัย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 3 กิจกรรม และกลุ่มควบคุมจะดำเนินการจัดกิจกรรมตามการรักษาปกติของ รพ.สต.

4.7.4 ในสัปดาห์สุดท้ายให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และประเมินน้ำตาลในเลือดสะสม Hba1c โดยให้พยาบาลวิชาชีพเจาะเลือดดำปริมาณ 3 มิลลิลิตร ใส่หลอด EDTA และนำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 2 ชั่วโมง เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และการให้ข้อมูลกับผู้วิจัยในครั้งนี้และปิดการวิจัย

#### 4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.8.1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test/Fisher's exact test กรณีข้อมูลเชิงคุณภาพ และใช้สถิติ Independent t-test/Man Whitney U test กรณีข้อมูลเชิงปริมาณ

4.8.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ Multiple linear regression โดยควบคุมตัวแปรคะแนน ก่อนทดลอง ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการมีโรคร่วม

## 5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-47/2566 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2566

## 6. ผลการวิจัย

### 6.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษานี้มีทั้งหมด 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลอง มีเข้าร่วมกิจกรรมครบ 5 ครั้ง ทุกคน กลุ่มควบคุม เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 5 ทุกคน

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันโดยพบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 70.0 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 41-60 ปี ร้อยละ 56.7 มีสถานภาพสมรส มากที่สุด รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย ต่ำกว่า 5,000 บาท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5-8 ปี ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมลักษณะทั่วไปที่แตกต่างกัน คือ ในกลุ่มทดลองจะประกอบอาชีพเกษตรกรทั้งหมด กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 66.7 กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 และมีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาและอนุปริญญา ในขณะที่กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 73 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และไม่ได้เรียนคิดเป็นร้อยละ 23.3 การมีโรคประจำตัวอื่นร่วมพบว่ามีโรคอื่นร่วมด้วยมากกว่าในกลุ่มทดลอง

### 6.2 การเปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### 6.2.1 การเปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคระหว่างกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.2 คะแนน (95% CI: 2.2-6.1) สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว รวมทั้งคะแนนรวมด้านความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ความเชื่อ                                               | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มควบคุม |      | ผลต่างของ<br>ค่าเฉลี่ย | 95%CI of<br>Mean diff | p-value             |
|---------------------------------------------------------|------------|------|-------------|------|------------------------|-----------------------|---------------------|
|                                                         | Mean       | S.D. | Mean        | S.D. |                        |                       |                     |
| 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน |            |      |             |      |                        |                       |                     |
| ก่อนทดลอง (n=30คน)                                      | 25.9       | 2.3  | 25.8        | 3.3  | 0.1                    | -1.4, 1.6             | 0.892 <sup>a</sup>  |
| หลังทดลอง (n=30คน)                                      | 29.0       | 1.7  | 28.0        | 2.2  | 0.3                    | -0.9, 1.6             | 0.586 <sup>b</sup>  |
| 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค                            |            |      |             |      |                        |                       |                     |
| ก่อนทดลอง (n=30คน)                                      | 30.3       | 3.6  | 28.7        | 4.3  | 1.6                    | -0.5, 3.6             | 0.128 <sup>a</sup>  |
| หลังทดลอง (n=30คน)                                      | 36.2       | 2.6  | 30.4        | 3.8  | 4.2                    | 2.2, 6.1              | <0.001 <sup>b</sup> |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ความเชื่อ                                  | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มควบคุม |      | ผลต่างของ<br>ค่าเฉลี่ย | 95%CI of<br>Mean diff | p-value            |
|--------------------------------------------|------------|------|-------------|------|------------------------|-----------------------|--------------------|
|                                            | Mean       | S.D. | Mean        | S.D. |                        |                       |                    |
| 3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา/การป้องกัน |            |      |             |      |                        |                       |                    |
| ก่อนทดลอง (n=30คน)                         | 34.2       | 9.6  | 32.8        | 3.8  | 1.4                    | -2.4, 5.2             | 0.473 <sup>a</sup> |
| หลังทดลอง (n=30คน)                         | 35.4       | 2.7  | 32.6        | 5.3  | 1.9                    | -0.8, 4.5             | 0.157 <sup>b</sup> |
| 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว        |            |      |             |      |                        |                       |                    |
| ก่อนทดลอง (n=30คน)                         | 28.9       | 3.8  | 29.0        | 6.3  | -0.1                   | -2.8, 2.6             | 0.921 <sup>a</sup> |
| หลังทดลอง (n=30คน)                         | 30.2       | 3.0  | 31.0        | 4.9  | -2.0                   | -4.5, 0.5             | 0.118 <sup>b</sup> |
| คะแนนรวมความเชื่อทุกด้าน                   |            |      |             |      |                        |                       |                    |
| ก่อนทดลอง (n=30คน)                         | 119.3      | 11.4 | 116.4       | 12.8 | 2.9                    | -3.4, 9.2             | 0.357 <sup>a</sup> |
| หลังทดลอง (n=30คน)                         | 130.6      | 5.6  | 122.0       | 12.0 | 4.4                    | -1.3, 10.0            | 0.125 <sup>b</sup> |

#### 6.2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมด้วยสถิติ Multiple linear regression เมื่อควบคุมตัวแปรคะแนนก่อนทดลอง ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการมีโรคร่วม ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 9.7 คะแนน (95%CI: 6.4, 13.1) พิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย คะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.7 คะแนน (95%CI: 1.2, 4.2) 4.5 คะแนน (95%CI: 2.8, 6.2) และ 2.5 คะแนน (95%CI: 2.8, 6.2) ตามลำดับ สำหรับค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.089$ ) โดยลดลง 1.2 % (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรม             | กลุ่มทดลอง<br>(n= 30 คน) |      | กลุ่มควบคุม<br>(n= 30 คน) |      | ผลต่างของ<br>ค่าเฉลี่ย | 95%CI of<br>Mean diff | p-value             |
|----------------------|--------------------------|------|---------------------------|------|------------------------|-----------------------|---------------------|
|                      | Mean                     | S.D. | Mean                      | S.D. |                        |                       |                     |
| 1. การรับประทานยา    |                          |      |                           |      |                        |                       |                     |
| ก่อนทดลอง            | 15.0                     | 2.3  | 14.9                      | 2.5  | 0.2                    | -1.1, 1.4             | 0.789 <sup>a</sup>  |
| หลังทดลอง            | 17.9                     | 2.4  | 14.8                      | 2.3  | 2.7                    | 1.2, 4.2              | 0.001 <sup>b</sup>  |
| 2. การรับประทานอาหาร |                          |      |                           |      |                        |                       |                     |
| ก่อนทดลอง            | 18.5                     | 3.3  | 16.7                      | 4.1  | 1.8                    | -0.1, 3.7             | 0.66 <sup>a</sup>   |
| หลังทดลอง            | 23.0                     | 3.0  | 18.5                      | 2.7  | 4.5                    | 2.8, 6.2              | <0.001 <sup>b</sup> |
| 3. การออกกำลังกาย    |                          |      |                           |      |                        |                       |                     |
| ก่อนทดลอง            | 26.1                     | 2.1  | 16.9                      | 5.9  | 9.2                    | 6.9, 11.5             | 0.001 <sup>a</sup>  |
| หลังทดลอง            | 27.1                     | 1.3  | 21.0                      | 3.3  | 2.5                    | 1.1, 3.9              | 0.001 <sup>b</sup>  |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| พฤติกรรม                | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มควบคุม |      | ผลต่างของ<br>ค่าเฉลี่ย | 95%CI of<br>Mean diff | p-value             |
|-------------------------|------------|------|-------------|------|------------------------|-----------------------|---------------------|
|                         | (n= 30 คน) |      | (n= 30 คน)  |      |                        |                       |                     |
|                         | Mean       | S.D. | Mean        | S.D. |                        |                       |                     |
| คะแนนรวมพฤติกรรมทุกด้าน |            |      |             |      |                        |                       |                     |
| ก่อนทดลอง               | 59.6       | 5.3  | 48.5        | 7.3  | 11.1                   | 7.8, 14.4             | 0.001 <sup>a</sup>  |
| หลังทดลอง               | 68.0       | 5.0  | 54.2        | 4.7  | 9.7                    | 6.4, 13.1             | <0.001 <sup>b</sup> |
| ค่า HbA1C               |            |      |             |      |                        |                       |                     |
| ก่อนทดลอง               | 9.4        | 2.1  | 9.5         | 1.5  | -0.10                  | -1.04, 0.84           | 0.834 <sup>a</sup>  |
| หลังทดลอง               | 8.9        | 2.2  | 10.0        | 2.1  | -1.2                   | -2.5, 0.2             | 0.089 <sup>b</sup>  |

หมายเหตุ: <sup>a</sup> คือ ค่าสถิติ Independent t test, <sup>b</sup> คือ ค่าสถิติ Multiple linear regression เมื่อควบคุมตัวแปรคะแนนก่อนทดลอง ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการมีโรคร่วม

## 7. สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่า โปรแกรมส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน และการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านพฤติกรรมมารับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างกันในค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ซึ่งมีประเด็นในการ อภิปรายผลดังนี้

- แผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังทดลองใช้โปรแกรม มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มทดลองมากกว่า กลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ แพทย์อด พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย=86.74, S.D.=2.59) มากกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย=57.08, S.D.=2.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(18)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธิดา หาญลือ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (ค่าเฉลี่ย=33.67, 27.33) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (ค่าเฉลี่ย=4.38, 3.92) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน (ค่าเฉลี่ย=33.25, 27.75) และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของโรคเบาหวาน (ค่าเฉลี่ย=3.50, 3.22) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(10)</sup> และสอดคล้องดวงเดือน หันทุย และคณะ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง(ค่าเฉลี่ย=29.17, 17.57) และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย 38.43) การรับรู้ประโยชน์กลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย=36.71) และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ค่าเฉลี่ย=38.40) มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(19)</sup> ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีกิจกรรม “เรื่องไม่เบา ของเบาหวาน” เป็นการให้ความรู้เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การบรรยายเรื่องโรคเบาหวาน และโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน โดยกิจกรรม “รู้ทัน คุ่มกันเบาหวาน” นี้ ได้จัดกิจกรรมโดยการเปิดวิดิทัศน์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พร้อมทั้งยกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจริงในพื้นที่ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มตัวอย่างได้เห็นถึงความรุนแรงของการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรุนแรงของการเกิดโรคเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงทำให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ

โรคในกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งในกิจกรรมดังกล่าวได้มีการเสริมความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีหลักการว่าบุคคลจะมีการลงมือทำเพื่อจะหลีกเลี่ยงการเกิดโรคก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า ตนเองมีความเสี่ยง (Susceptible) ต่อการเกิดโรค การเกิดโรคนั้นมีความรุนแรงที่จะกระทบชีวิต และการปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะนั้นหรือลดความรุนแรงเมื่อโรคเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>(20)</sup>

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน หลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่น วาสนา อ่ำตาบ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้ายาและการพบแพทย์ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )<sup>(21)</sup> และผลการศึกษาของ อาริรัตน์ แพงยอด พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย=112.60, S.D.=3.60) มากกว่าก่อนการทดลอง(ค่าเฉลี่ย=85.77, S.D.=5.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(18)</sup> และการศึกษาผลของ อุมาร ใจยังยืน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 (S.D.=0.25) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )<sup>(22)</sup> การศึกษาของ กฤษคุณ คำมาป็น พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม(ค่าเฉลี่ย=23.17, 20.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(23)</sup> และกิตติยากร คล่องดี พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร(ค่าเฉลี่ย=55.3, 50.67) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(24)</sup> และผลของณัฐนิชา หาญลือ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของโรคเบาหวาน (ค่าเฉลี่ย=3.50, 3.22) แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(10)</sup> การศึกษาของ บุญญธิดา ยาอินทร์ พบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองเท่ากับค่าเฉลี่ย 35.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 29.2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(25)</sup> และการศึกษาของ พรพิมล ประดิษฐ์ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย=47.37, 39.28) ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(26)</sup> ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม “กิจกรรม พิชิตเบาหวานด้วย 2 อ 1 ส” อ.ที่1 อาหาร กลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วมกิจกรรม เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร โดยทีมวิจัยได้ยกตัวอย่างอาหารพื้นบ้าน เช่น น้ำพริกผักลวก แกงอ่อม แกงขี้เหล็ก แกงหน่อไม้ แกงเห็ด ต้มยำปลาน้ำใส เป็นต้น ผลไม้ในชุมชนตามฤดูกาล เช่น กล้วย มะม่วง ฝรั่ง เป็นต้น โดยใช้โมเดลอาหารประกอบการให้ความรู้เพื่อให้ทราบถึงปริมาณของอาหารในแต่ละประเภทที่รับประทานได้ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้ ความเข้าใจ ต่อการใช้สมุนไพรเพื่อลดน้ำตาลที่ถูกต้อง อีกทั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย ทีมผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายโดยการจัดหาวัสดุในชุมชน มาใช้ประกอบการออกกำลังกายอย่างง่าย และให้กลุ่มทดลองได้ลองฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย และเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง สำหรับ ส. สม่่าเสมอ คือ การรับประทานยาสม่ำเสมอ ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาโรคเบาหวาน มีปฏิทินการจัดยา และได้มีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้

กำลังใจกับกลุ่มทดลองในการเยี่ยมบ้าน โดยมีการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง จากกิจกรรมนี้จึงส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มีกิจกรรมใด ๆ สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ว่าการนั้นมี ความรุนแรงต่อชีวิต และเมื่อปฏิบัติแล้วจะก่อให้เกิดผลดีแก่บุคคล โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือช่วยลด ความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค<sup>(26)</sup> ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างจากก่อนทดลอง จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติ กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี”<sup>(27)</sup>

- ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตามพบว่าภายในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดได้ แต่อาจจะยังไม่มากพอที่จะพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยากร คล่องดี พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดทั้งเมื่อหลังอดอาหารและน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ<sup>(24)</sup> ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ แพงยอด พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย=7.03, S.D.=0.49) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย=9.27, S.D.=1.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(18)</sup> และจากการศึกษาของอุมากร ใจยังยืน พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ )<sup>(22)</sup> และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนาโปรแกรมใช้แนวคิด Trans-Theoretic Model (TTM) และการศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์ พบว่าหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ย=8.00, S.D.=0.91 และ ค่าเฉลี่ย=8.51, S.D.=0.941 ตามลำดับ<sup>(28)</sup> ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาทั้งสองกลุ่มจะพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 9.4-9.5% ซึ่งการจะลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร รวมทั้งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ ซึ่งอาจจะยังไม่เพียงพอที่จะพบความแตกต่าง ผลการศึกษาครั้งนี้ ในขณะที่การวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานเท่านั้น เมื่อพิจารณาโปรแกรมของงานวิจัยที่ผ่านมา จะพบว่ามี การจัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านมากกว่าการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะระยะเวลาของโปรแกรมยังสั้นเกินไป (กิจกรรม 5 ครั้ง ติดตาม 3 ครั้ง ระยะภายใน 12 สัปดาห์) ที่ จะเห็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างชัดเจน เนื่องจากระดับ HbA1C มักต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนในการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของค่าดังกล่าวลดลงในกลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้อาจมีผลทางบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และหากมีการดำเนินการต่อเนื่องในระยะยาว คาดว่าจะสามารถลดระดับ HbA1C ได้อย่างมีนัยสำคัญในภายหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรินทร์ เชื้อมทอง ที่พบว่า การให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดระดับ HbA1C ได้ในระยะเวลา 16 สัปดาห์<sup>(29)</sup>

## 8. จุดแข็ง จุดอ่อน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Quasi-experimental study แบบสองกลุ่ม ซึ่งอาจจะมีอคติจากตัวแปรกวนได้แก่ คะแนนก่อนทดลอง ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการมีโรคร่วม ซึ่งการวิจัยนี้แก้ไขโดยใช้สถิติในการควบคุมตัวแปรกวนเพื่อลดอคติดังกล่าวที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมอาจจะน้อยจึงยังไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่ม

## 9. ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ย HbA1c สูงถึง 9.4-9.5 % ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงควรพิจารณาบริบทประกอบ

## 10. ข้อเสนอแนะ

### 10.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

#### ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. รพ.สต. สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หรือโรคไขมันในเลือดสูงได้
2. รพ.สต. ควรพัฒนาเครื่องมือการติดตามพฤติกรรมสุขภาพแบบต่อเนื่อง เช่น สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ หรือระบบติดตามผ่านโทรศัพท์มือถือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคในระยะยาว
3. รพ.สต. ควรมีทีมสุขภาพ ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง
2. ควรมีการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักโภชนาการ และอสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้าน และเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. ควรจัดกิจกรรมกลุ่มเสริม เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยง และประโยชน์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

### 10.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อให้เข้าสู่เบาหวาน ภาวะสงบ
2. ควรติดตามผลในระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
3. ควรดำเนินการศึกษา เชิงทดลองในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ โดยให้มีการสนับสนุนจากครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อพิจารณาในการดูแลตนเองในกลุ่มนี้

## 11. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc&news\\_views=2](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc&news_views=2)

2. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
3. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สถิตย์ นิรมิตมหาปัญญา, ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, วีระศักดิ์ ศรีนันทกร, นภา ศิริวิวัฒนากุล, สิทธิชัย อาชาสินดี, และคณะ. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/dm/index?year=2025>
5. สายใจ โพนาม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตำบลปากกล้วย อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2558;10(1):108-103.
6. กระทรวงสาธารณสุข. งานศูนย์ข้อมูล (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php>
8. สุพัสชา วิวัฒน์. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
10. ณัฐนิชา หาญลือ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;1(2):20-31.
11. สุระ สุพรหมอินทร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ดเวชสาร 2557;1(1):68-76.
12. วินัย อารีย์. การประยุกต์โปรแกรมในการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเขตตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
13. ชุตินา สร้อยนาค. การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(ฉบับพิเศษ):267-277.
14. รัชชนก กลิ่นชาติ, ธีสมน นามวงษ์. การส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2561;29(2):186-197.
15. พรธชา ปัญจะศรี, ไพวรรณ เชื้อนแก้ว, ทศนีย์ บุญอริยเทพ. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2554;19(2):77-84.

16. นูร์มา แวบือซา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี; 2550.
17. ไชยา ท่าแดง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
18. อารีรัตน์ แพงยอด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;9(3):297-307.
19. ดวงเดือน หันทยุ, วรพล แวงนอก, วรากร เกรียงไกรศักดิ์. ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไผ่. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร 2559;11(1):36-51.
20. พรระช โนนจ้อย. การให้สุศึกษา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564;36(2):246-251.
21. วาสนา อำตาบ, รัศมี สุขนรินทร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลภูน้ำหยด อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2568;35(3):14-27.
22. อุมาร ใจยังยืน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2564;35(2):94-108.
23. กฤษคุณ คำมาปัน. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6(1):110-114.
24. กิตติยากร คล่องดี. ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตัวเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562;25(3):326-339.
25. บุญญธิดา ยาอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564;18(1):35-48.
26. พรพิมล ประดิษฐ์. การวิเคราะห์ห่อถักงานวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
27. พารุณี วงศ์ศรี. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารการพยาบาล 2561;10(1):209-219.
28. จิราพร ศรีพิบูลย์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2563;13(2):47-60.
29. พชรินทร์ เชื้อมทอง. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(1):78-86.