



Development of a care system for diabetic patients in Chiang Khan Hospital, Loei Province

Chayatorn Wongtungskul, M.D.
Chiang Khan Hospital, Loei

Abstract

Type 2 diabetes is a major public health problem; in Chiang Khan District only 21.85% of patients achieved good glycemic control, reflecting a service-delivery gap requiring improvement.

Objectives to (1) develop a diabetes care system at Chiang Khan Hospital and (2) examine its effects.

Action research following the PAOR cycle (planning, action, observation, reflection) of Kemmis and McTaggart, in two phases: a development phase (qualitative data analyzed by content analysis) and an evaluation phase with 53 purposively selected type-2 diabetes patients. Activities ran for 12 weeks (monthly group sessions, 3 in total) with multidisciplinary follow-up. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

A care system comprising five key activities was developed. After implementation, mean knowledge rose from 6.38 to 9.15 ($p < .001$, Cohen's $d = 2.19$), self-care behavior from 65.69 to 67.23 ($p = .003$, $d = 0.42$), and HbA1c decreased from 9.73% to 8.61% ($p < .001$, $d = 0.86$). Twelve participants (22.64%) reached HbA1c below 7%. Satisfaction was at the highest level ($M = 4.73$).

The developed care system enhanced patients' knowledge, self-care behaviors, and clinical outcomes, and should be applied in primary care and community hospitals with similar contexts, together with continuous follow-up.

Keywords: Care system development, Diabetes mellitus, Patient care

Corresponding author: Chayatorn.wongtungskul@gmail.com



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

ชยธร วงศ์ตั้งสกุล

โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ในอำเภอเชียงคานพบผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 21.85 สะท้อนช่องว่างของระบบบริการที่ต้องพัฒนา

วัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเชียงคาน และ 2) เพื่อศึกษาผลของระบบที่พัฒนาขึ้น

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกระบวนการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart 4 ขั้นตอน (วางแผน-ปฏิบัติ-สังเกตการณ์-สะท้อนผล) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาระบบ (วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา) และระยะประเมินผลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 53 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ ดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ (กลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง) ร่วมกับการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ได้ระบบการดูแลที่ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 5 ด้าน ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มจาก 6.38 เป็น 9.15 ($p < .001$, Cohen's $d = 2.19$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มจาก 65.69 เป็น 67.23 ($p = .003$, $d = 0.42$) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจาก 9.73 เป็น 8.61 ($p < .001$, $d = 0.86$) โดยมีผู้ป่วยควบคุม HbA1c ได้ต่ำกว่าร้อยละ 7 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 22.64) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.73$)

ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียง ควบคู่กับการติดตามต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วย, การพัฒนาระบบ, โรคเบาหวาน



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลกและประเทศไทย ในปี 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยประมาณ 6.5 ล้านคน ความชุกในกลุ่มอายุ 20–79 ปี ร้อยละ 9.7–10.2 และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นชนิดที่ 2 (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2568) ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ทั้งด้านสายตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด ทั้งนี้การลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลงร้อยละ 1 ช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานได้ถึงร้อยละ 21 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564)

ในระดับพื้นที่ จังหวัดเลยปี 2568 มีผู้ป่วยเบาหวาน 50,591 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 32.31 ขณะที่อำเภอเชียงคานมีผู้ป่วย 5,264 คน แต่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง 1,150 คน หรือร้อยละ 21.85 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2568) สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่ต้องเร่งแก้ไข จากการทบทวนการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียงคาน พบปัญหาผู้ป่วยขาดยา มาไม่ตรงนัด รับประทานยาไม่ถูกต้อง ขาดความรู้และทักษะการดูแลตนเอง ประกอบกับวิถีชีวิตในพื้นที่ที่นิยมรับประทานข้าวเหนียวและเครื่องดื่มรสหวาน รวมถึงการดูแลที่ยังขาดการบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพและการติดตามต่อเนื่องในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการควบคุมโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ (กาญจน์วจิ จตุเทณ, 2566) ร่วมกับหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ที่เน้นการปรับวิถีชีวิต 6 ด้าน และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ดีขึ้น (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564) ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเชียงคาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ (KAP Model) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

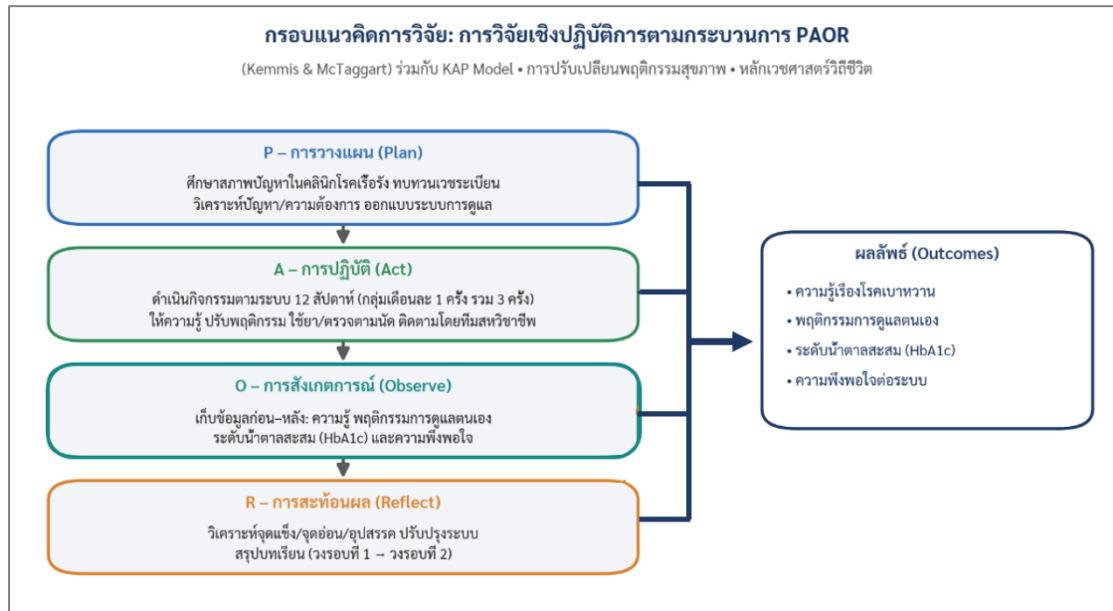
สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) ของ Kemmis และ McTaggart (1990) ร่วมกับ KAP Model การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยตัวแปรและผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอนแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยตามกระบวนการ PAOR

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกระบวนการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart (1990) ดำเนินการ 2 วงรอบ แบ่งเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มเป้าหมายและแหล่งข้อมูล ทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในคลินิกโรคเรื้อรัง ร่วมกับข้อมูลจากเวชระเบียน แบบบันทึกการประชุม และแบบบันทึกการสังเกตการดำเนินงานที่ผ่านมา

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนสภาพปัญหาและความต้องการจากเวชระเบียนและการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นปัญหาและนำมาออกแบบระบบการดูแล จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (นายแพทย์ชำนาญการ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน) ตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมของระบบก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของระบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงคาน ปี 2568 จำนวน 780 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบไม่อิสระ (วัดก่อน-หลัง) อ้างอิงค่าความแปรปรวนและผลต่างจากกาญจน์วชิ จตุเทิน (2566) ที่ $\alpha = .05$ และ $\beta = .10$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 53 คน คัดเลือกแบบเป็นระบบ (Systematic) ตามเกณฑ์



เกณฑ์คัดเข้า: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ICD-10: E10-E14) ที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงคาน สันติราษฎร์ อาศัยในพื้นที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี อ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ มีค่า HbA1c > ร้อยละ 7 และมารับบริการตามนัดทุกครั้ง

เกณฑ์คัดออก: ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดการวิจัย (เช่น ย้ายที่อยู่) มีอาการทางจิต เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 70 ปี

1. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10 ข้อ (IOC = 0.96; KR-20 = 0.82) แปลผล 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977)

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 30 ข้อ ครอบคลุม 7 ด้าน คะแนนเต็ม 90 (IOC = 0.94; Cronbach's alpha = 0.85) แปลผล 3 ระดับ (ดี 70-90, ปานกลาง 50-69, ควรปรับปรุง 30-49)

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบ (IOC = 0.97; Cronbach's alpha = 0.93) มาตรฐานค่า 5 ระดับ ส่วนระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2. การดำเนินการและการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ (ความรู้ พฤติกรรม และ HbA1c) จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามระบบ 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-30 นาที รวม 3 ครั้ง ร่วมกับการติดตามต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และ อสม.) ผ่านการนัดหมาย โทรติดตาม และเยี่ยมบ้าน แล้วประเมินผลซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดิม

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และ HbA1c ก่อน-หลังด้วย Paired t-test พร้อมรายงานขนาดอิทธิพล (Cohen's d) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

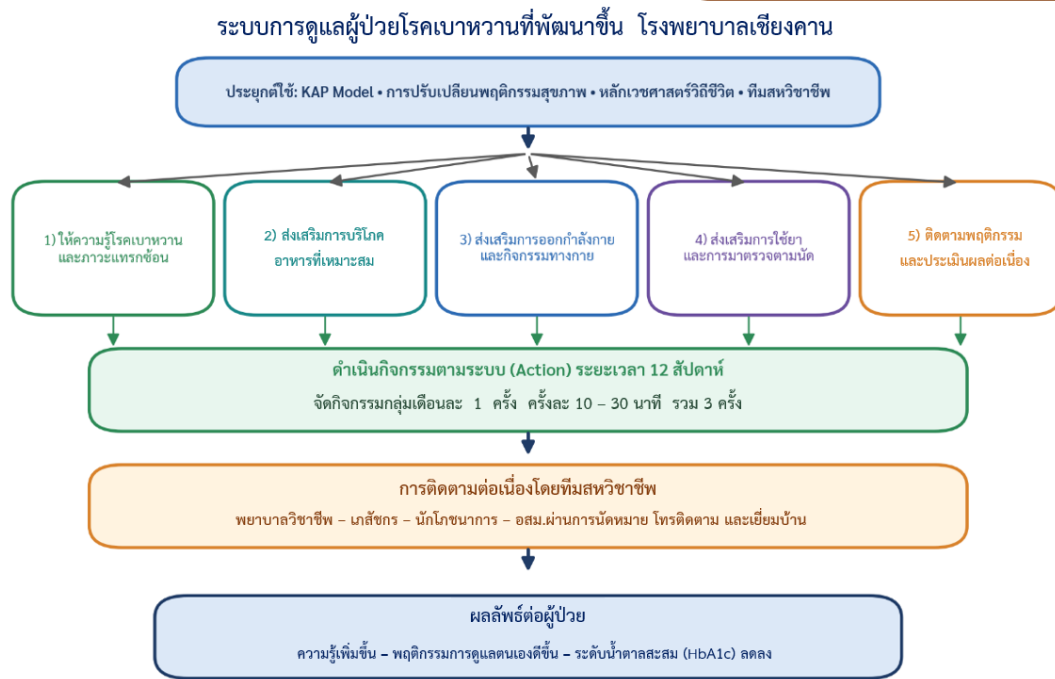
4. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 018/2569 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 ผู้เข้าร่วมยินยอมโดยสมัครใจและลงนามในใบยินยอม ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1)

ผลการพัฒนาได้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประยุกต์ใช้ KAP Model การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องและการตรวจตามนัด และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการ 12 สัปดาห์ (กลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง) ภายหลังตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าระบบมีความเหมาะสมและนำไปใช้ได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น

2. ผลของการนำระบบไปใช้ (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 2)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 53 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.70) อายุเฉลี่ย 53.69 ปี (S.D. = 9.13) ช่วงอายุ 51–60 ปีมากที่สุด การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด อาชีพเกษตรกรมากที่สุด และมีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 0–5 ปีมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 53)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศหญิง	38	71.70
เพศชาย	15	28.30
อายุ 31–40 ปี	5	9.43
อายุ 41–50 ปี	15	28.30
อายุ 51–60 ปี	22	41.51
อายุ 61–70 ปี	10	18.87
อายุ 71–80 ปี	1	1.89
การศึกษา: ประถมศึกษา	30	56.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	9.43
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	18.87
ปวส.	1	1.89
ปริญญาตรี	7	13.21
อาชีพ: เกษตรกร	24	45.28
รับจ้าง	13	24.53
ค้าขาย	8	15.09



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับราชการ	1	1.89
อื่น ๆ	7	13.21
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน 0-5 ปี	31	58.49
6-10 ปี	9	16.98
11-15 ปี	7	13.21
เกิน 15 ปี	2	3.77
ไม่ทราบ	4	7.55

หมายเหตุ: อายุเฉลี่ย 53.69 ปี (S.D. = 9.13, Min = 33, Max = 73) สำหรับโรคประจำตัวร่วม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุด

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนความรู้หลังการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 53)

ช่วง	M	S.D.	Mean diff.	95% CI	p
ก่อน	6.38	1.57	-2.77	-3.12 ถึง -2.42	<.001
หลัง	9.15	0.86			

หมายเหตุ: t = -15.95, df = 52, Cohen's d = 2.19

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง คะแนนพฤติกรรมหลังการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 53)

ช่วง	M	S.D.	Mean diff.	95% CI	p
ก่อน	65.69	4.00	-1.53	-2.53 ถึง -0.53	.003
หลัง	67.23	3.70			

หมายเหตุ: t = -3.06, df = 52, Cohen's d = 0.42

2.3 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่า HbA1c หลังการพัฒนาดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 โดยมีผู้ป่วยควบคุม HbA1c ได้ต่ำกว่าร้อยละ 7 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 22.64)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 53)

ช่วง	M	S.D.	Mean diff.	95% CI	p
ก่อน	9.73	1.91	1.13	0.76 ถึง 1.49	<.001
หลัง	8.61	1.71			

หมายเหตุ: t = 6.29, df = 52, Cohen's d = 0.86

2.4 ความพึงพอใจต่อระบบการดูแล

ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.73, S.D. = 0.28, Min-Max = 4-5)



อภิปรายผล

ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA1c) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าระบบที่บูรณาการการให้ความรู้ การปรับพฤติกรรม การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับกระบวนการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart (1990) ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับกาญจน์วชิ จตุเทน (2566)

ด้านความรู้ คะแนนเพิ่มจาก 6.38 เป็น 9.15 (เพิ่มร้อยละ 43.42) อธิบายได้ด้วย KAP Model ที่ว่าความรู้ที่ถูกต้องนำไปสู่ทัศนคติและการปฏิบัติที่เหมาะสม (Powers et al., 2020) ร่วมกับการให้ความรู้ต่อเนื่องและการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง คะแนนเพิ่มจาก 65.69 เป็น 67.23 ($p = .003$) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญแต่ขนาดไม่มาก ($d = 0.42$) อาจเนื่องจากระยะเวลาดำเนินการค่อนข้างสั้นและพฤติกรรมบางด้านฝังรากลึกกับวิถีชีวิตและบริบทเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วย จึงต้องอาศัยการสนับสนุนต่อเนื่องเพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ด้านระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ลดลงจาก 9.73 เป็น 8.61 (ลดมากกว่าร้อยละ 1) ซึ่งมีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากการลด HbA1c ลงร้อยละ 1 ช่วยลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนายังสูงกว่าเป้าหมายที่ต่ำกว่าร้อยละ 7 และมีผู้ควบคุมได้ตามเป้าหมายร้อยละ 22.64 สะท้อนว่ายังต้องติดตามและสนับสนุนพฤติกรรมในระยะยาว สอดคล้องกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2562)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลเดียว ($n = 53$) จึงอาจอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่นได้จำกัด เป็นการศึกษาระยะสั้นที่ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาวและภาวะแทรกซ้อนได้ ข้อมูลพฤติกรรมได้จากการรายงานตนเองซึ่งอาจมีอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม และไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้สรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้จำกัด นอกจากนี้ปัจจัยด้านวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมเป็นตัวแปรที่ควบคุมได้ไม่ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ควรติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรม การควบคุม HbA1c และการลดภาวะแทรกซ้อน
- 2) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนในการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และอาจประยุกต์ใช้ระบบในหน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียงโดยปรับให้เหมาะกับทรัพยากรของพื้นที่



2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมหรือใช้รูปแบบกึ่งทดลอง และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ
- 2) ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และปัจจัยเศรษฐกิจวัฒนธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคาน ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และขอประกาศว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์โรค NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานและการจัดการตนเอง. กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2568). คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง. กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจน์วิจิ จตุเทน. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) เทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 633–644.
- ทองศักดิ์ ราชเจริญ. (2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือดและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(1), 157–168.
- วนิดา พงษ์ศักดิ์ชาติ. (2563). การคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่องานวิจัย. หน่วยบริการข้อมูลสารสนเทศ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2568). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาล จังหวัดเลย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (ฉบับปรับปรุง 2562). ศรีอนันต์การพิมพ์.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2564). แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สิระ กอไพศาล. (2566). เบาหวานรู้ก่อนรักษาได้. RAMA Channel ขับเคลื่อนสังคมไทยให้สุขภาพดี. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/โรคเบาหวาน-โรคควรระวัง-รู้ก่อนรักษาได้/>



- American Diabetes Association. (2024). Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S1–S350. <https://doi.org/10.2337/dc24-Sint>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1990). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess-Fischl, A., Hooks, B., Isaacs, D., Mandel, E. D., Maryniuk, M. D., Norton, A., Rinker, J., Siminerio, L. M., & Uelman, S. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report. *Diabetes Care*, 43(7), 1636–1649. <https://doi.org/10.2337/dci20-0023>