โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

สุนทรา สนทยา,*พย.บ.*[1], สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์,*ปร.ด.*[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 90 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถสร้างสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างพลังอำนาจ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ Email: suntharagift@gmail.com

[2] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Email: Sukhontip@scphub.ac.th

Empowerment Program for Blood Sugar Control awareness and Self Management in Type 2 Diabetic Patients with uncontrolled Blood Sugar Levels at Ban Non Ngam Health Promoting Hospital, Siratana District, Sisaket Province

Sunthara Sontaya, *B.N.S.*[1], Sukhontip Arunkamonphat,*Ph.D.*[2]

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of self-awareness and empowerment of patients in controlling blood sugar levels among patients with type 2 diabetes mellitus uncontrolled. There were two groups, each consisting of 90 patients. The experimental group comprised type 2 diabetes with uncontrolled diabetes mellitus and received care self-awareness and empowerment program developed by the researcher at Ban Non-Ngam Health Promoting Hospital in Sri Rattana District, Sisaket Province. The comparison group consisted of type 2 diabetes mellitus uncontrolled in Tum Subdistrict, Sri Rattana District, Sisaket Province, who received a treatment program from the Ministry of Public Health. The study lasted 12 weeks, with data collected twice, before and after the experiment, from May 2024 to August 2024. Data were analyzed using descriptive statistics presented in percentages, means, standard deviations, and medians. The mean score differences between variables across the groups were compared using an independent t-test, with statistical significance set at the 0.05 level.

The results showed that the mean score differences in knowledge, perceived risk, perceived severity of uncontrolled diabetes mellitus, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, and behaviors in controlling blood sugar levels in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group at the 0.05 level. And blood sugar levels in type 2 diabetes patients of the experimental group decreased more than the comparison group with statistical significance at the 0.05 level. The findings demonstrate that the developed program successfully achieved its objectives by improving awareness and empowering type 2 diabetic patients to control their blood sugar levels.

KEYWORDS: Effectiveness of Program self-awareness and empowerment, type 2 Diabetes Mellitus uncontrolled

[1] Registered Nurse, Professional level, Ban Non Ngam Health Promoting Hospital, Siratana District, Sisaket Province Email: suntharagift@gmail.com

[2] Lecturer, Sirindhorn of Public Health College Ubon Ratchatani, Email: Sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากโรค NCDs ที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560 จะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 15.0 เป็น 22.0 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 8.0 เป็น 13.1 โรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นจาก 26.9 เป็น 31.8 และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 35.9 เป็น 47.8 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข,2560) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสังคมโลกในยุคปัจจุบัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพประชาชนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและโรคเบาหวานนับเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขขณะนี้เนื่องจากเป็นภัยเงียบที่มักไม่แสดงอาการที่ชัดเจน (WHO, 2022) โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อมูลว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความร้ายแรง และทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตและโรคอื่น ๆเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกโดยพบในผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 และผู้หญิง 1 ใน 5 และทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงมากกว่าหนึ่งพันล้านคน (WHO, 2022) ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพอย่างมากก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจครอบครัวและรัฐและยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตลดลงรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ มากมาย โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2565) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน ดังนั้นประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปควรตรวจคัดกรองโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้ง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งหากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค,2566) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยในปี 2566พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ จากข้อมูลของระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2566 พบอัตราป่วยรายใหม่เท่ากับ 7.4 ต่อแสนประชากร (เป้าหมาย≤ 9.6 ต่อแสนประชากร) พบสูงสุดที่เขต 4 (17.4) รองลงมาเขต 7 (16.6) และเขต 6 (11.6) ตามลำดับ และพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมองพบ 196.3 ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 237.1 ต่อแสนประชากร) พบสูงสุดที่เขต 4 (17.44) รองลงมาเขต 7 (15.79) และเขต 6 (11.65) ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2566) ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 6,359.1, 6,670.2, 6,995.9,7,339.7 และ 7,634.0 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่คิดเป็นร้อยละ475.7,470.2 ,481.4 541.0 และ 526.6 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2566) สำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ปี 2566 ด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและ ระดับความดันโลหิตได้ ผลการดำเนินงาน

โรคเบาหวานระหว่างปี 2562 - 2566 พบร้อยละ 28.26, 29.42, 29.15, 30.22 และ 31.7ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 40) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2566)

สถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของเขตสุขภาพที่ 10 เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ 415.61 ต่อประชากรแสนคนและพบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 32.55 (จินทภา อันพิมพ์และจุติพร ผลเกิด, 2564) จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีอัตราป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2555-2557 คิดเป็น 718.21, 777.84 และ 820.41 ต่อประชากรแสนคนและพบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 36.91(วนิดา สมภูงาและพุทธิไกร ประมวล, 2565) จังหวัดศรีสะเกษ พบสถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แบ่งรายโรคได้ดังนี้ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 4,816.52, 5,177.66, 5,588.45, 5,929.56 และ 6145.18 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับร้อยละ 7.49 7.86 6.22 และ 3.64 ลดลงในปี 2565 ตามลำดับ อัตราป่วย เบาหวานเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 27.59 โรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 65,010 ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี(เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ≥ร้อยละ 40) เท่ากับจำนวน 24242 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.29 ซึ่งภาพรวมของจังหวัดถือว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด แต่มีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ ศรีรัตนะ บึงบูรพ์ พยุห์ ศิลาลาด วังหิน ห้วยทับทัน ยางชุมน้อย ปรางค์กู่ และอุทุมพรพิสัย ร้อยละ 64.75, 56.80, 53.94, 49.09, 48.39, 46.39, 46.82, 44.47, 43.06, 41.92, 41.59และ 40.76 ตามลำดับ (HDC สสจ.ศรีสะเกษ,2566) ซึ่งปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังฯลฯ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2563)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ เป็น PCC หลักโดยมีประชากรในความรับผิดชอบทั้งหมด 2,613 คน เป็นแบ่งเป็นเพศชายทั้งหมด1,332คนและเป็นเพศหญิงทั้งหมด 1,281คน จากสภาพปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี พ.ศ. 2558-2561 ปีงบประมาณ 2558 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 34 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ61.7 ปี2559 จำนวน 34 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.7 ปี 2560 จำนวน 39 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ53.8 ปี2561จำนวน 43 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.3และอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2563-2566 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานคิดเป็น 5,838.85,5,656.02 ,5436.39และ5740.52 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับโดยพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน104 92 64 และ79 คน คิดเป็นร้อยละ 54 62.59 42.38 และ 52.67 ตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,2566) ซึ่งพบว่าเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองใน เรื่องต่างๆตลอดชีวิต โดยเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน ระดับปกติ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2558) ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่นั้นเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด (American Diabetes Association,2011) อย่างไรก็ตามมี ปัจจัยหลายประการที่พบว่าเป็นอุปสรรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ เกิดความรู้สึกหมดพลังอำนาจในการต่อสู้กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเช่น

การนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็น ระยะเวลานานหน้าห้องตรวจเป็นต้น (เยาวภา พรเวียง,2555)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าส่วนหนึ่งยังมีความเชื่อว่าโรคเบาหวานสามารถเป็นได้ในทุกกลุ่มวัยและบุคคลใกล้ๆตัวก็ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่พบอันตรายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ส่งผลให้ไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังมีการรับประทานอาหารตามใจปากโดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลศรีโนนงามเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ของการทำการเกษตร เป็นแหล่งปลูกผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน เงาะ มังคุด ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรับประทานมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในช่วงเวลาดังกล่าวสูงขึ้น ดังนั้นการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงมีความจำเป็นที่ต้องกระทำควบคู่ไปด้วย ที่สนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

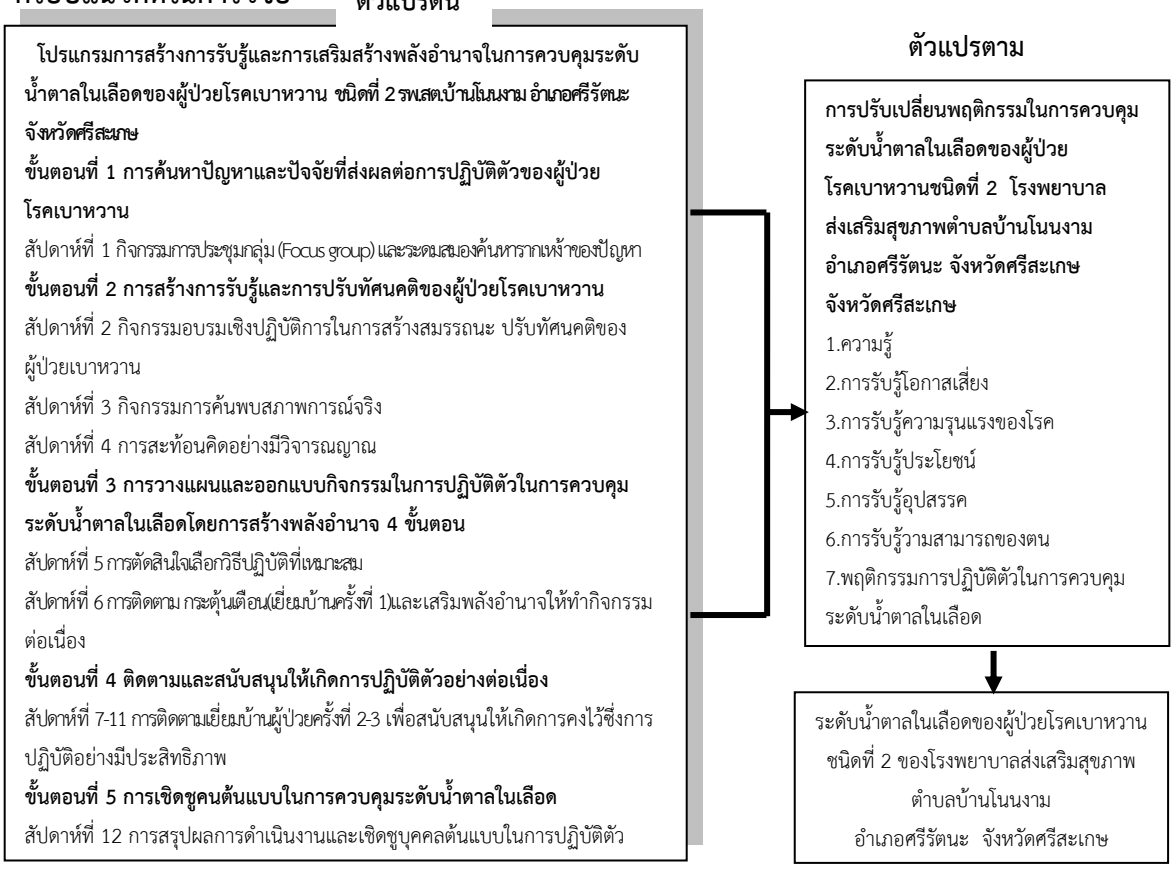
เพื่อศึกษาผลการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi –Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest – Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จำนวน90 คนส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 90 คน

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ประมาณการกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 79 คน คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน Lemeshow,1990)

$$n/group = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ =0.05 ดังนั้น = 1.65

z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ 80 % = 0.84

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

= ความต่างของผล (Effect size)

แววตา เพ็งบูรณ์และวีรวรรณ เกิดทอง (2567) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลท่าชนะกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 27 คน รวม 54 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ 2.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.18 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ2.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.25 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$s_p^2 = \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{n_1+n_2-2}$$

$$= \frac{(27-1)0.18^2 + (27-1)0.25^2}{(27+27)-2}$$

σ^2 = 0.05

Δ = 0.08-0.25

= -0.17

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n/group = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

$$= \frac{2 \times 0.05(1.65+0.84)^2}{(-0.17)^2}$$

= 26.95

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 27 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นด้วง (2548)พบว่ามีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26ดังนั้นจึง เพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 4.04 คน แต่เนื่องจากการทดลองในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงามยังมีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ค่อนข้างสูงผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงามและเลือกกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะเป็นกลุ่มทดลองจำนวน

เท่ากัน จำนวน 90 คน รวมทั้ง 2 กลุ่มเป็นจำนวน 180 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) สูงกว่า 126 mg% ในช่วงเวลา 4 เดือนขึ้นไป

2) รับบริการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ใน รพ.สต.บ้านโนนงามและ รพ.สต.ตูม

3) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

4)รู้สึกตัวดี การได้ยินปกติ สื่อสารได้ปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อาศัยอยู่ในอำเภอศรีรัตนะและยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1)ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลันและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

3)เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบระยะเวลาหรือไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) มีดังนี้

1)เข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองไม่ครบทุกขั้นตอน

2)ย้ายที่อยู่ใหม่เนื่องจากทำให้ไม่สามารถมารับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงามและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรักษา โรคประจำตัวของคนในครอบครัวรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2) แบบสัมภาษณ์ในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้วามสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกรทดลอง ได้แก่ โปรแกรมที่การสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)และการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 5 กิจกรรมในระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดขั้นตอนต่างๆดังนี้ นนนนนนย

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการประชุมกลุ่ม (Focus group) และระดมสมองโดยใช้ในกระบวนการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติเรื่องเบาหวานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิ๊บสัน (1993) 4 ขั้นตอน

(2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้างสมรรถนะ ปรับทัศนคติในการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมขั้นตอนการค้นพบสภาพการณจริง 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเองและผ่อนคลาย และมีความไว้วางใจที่จะเล่าถึงสภาพปัญหาและความต้องการของตน 2) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกครั้งแรกที่ทราบว่า ตนเป็นโรคเบาหวาน และความรู้สึกต่อภาวะของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อทราบถึงการตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยทบทวนความรู้และวิเคราะห์ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานรวมกับผู้ป่วยในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคมโรค และผู้วิจัยนำผลระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยแต่ละคนมาพิจารณารวมกัน ซึ่งเป็นการค้นข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อทราบถึงการตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้และ4) ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภายในกลุ่มและทบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคมโรคของตนและบันทึกเข้อมูล สัปดาห์ที่ 4 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 1) ผู้วิจัยอธิบายถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2) ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสมของตนที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ3) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุและอุปสรรค ที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและออกแบบกิจกรรมในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน 4 ด้าน ในสัปดาห์ที่ 5 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่1) ให้ผู้ป่วยร่วมกันเสนอวิธีปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเรื่อง3 อ.2 ส.และ 2) ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับ

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 6 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 1 การทำ Family Meeting ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชน ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกในช่วงที่ผ่านมา 2) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงสิ่งสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่สำเร็จตามแนวทางที่เลือก 3) ให้ผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติ ตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก 4) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือก

5) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้ 6) ผู้วิจัยให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาได้และ7) ผู้วิจัยเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

สัปดาห์ที่ 7-11 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 1) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือก 2) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้ 3) ผู้วิจัยให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาได้ 4) ผู้วิจัยเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้ถูกต้องเหมาะสมและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 การเชิดชูคนต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสัปดาห์ที่12 การสรุปผลการดำเนินงานและเชิดชูบุคคลต้นแบบในการปฏิบัติตัว เป็นการสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการ ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอวังหินและหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach’s alpha coefficient ด้านความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้าน การรับรู้ความรุนแรง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84ด้านการรับรู้ประโยชน์ของโรคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ0.82 การรับรู้อุปสรรคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ0.74 ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-068 วันที่ 19 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ38.9เพศหญิงร้อยละ 61.1อายุเฉลี่ย 65.86ปี (SD= 7.58) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 67.8 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 77.1 รายได้เฉลี่ย 4561.11 บาท (SD=5272.07) ดัชนีมวลกาย 23.38(SD=3.70) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 10.01ปี(SD=3.64) ความดันโลหิตส่วนบน(Systolic) 132.61 mmHg (SD=15.71) ความดันโลหิตส่วนล่าง(Diastolic) 74.62 mmhg (SD=9.95) ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 164.74 mg%(SD=66.79) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.20 (SD=2.05) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วย โรคเบาหวานร้อยละ77.8 สูบบุหรี่ สูบมากกว่า 2 มวนต่อวันขึ้นไปร้อยละ 11.2 ดื่มสุราร้อยละ 24.4 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายร้อยละ56.7เพศหญิงร้อยละ43.3 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ68.9 อายุเฉลี่ย 61.80ปี (SD= 6.71)ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 45.6 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ56.7รายได้เฉลี่ย 4392.22 บาท(SD=5229.03) ดัชนีมวลกาย 19.09(SD=3.75)ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน9.33ปี(SD=4.54)ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic)134.52 mmHg (SD=15.03) ความดันโลหิตส่วนล่าง(Diastolic)77.60 mmHg (SD=10.09) ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว160.71 mg%(SD=55.05) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.40 (SD=2.08)ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวพบป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ74.4 สูบบุหรี่ร้อยละ7.8 ดื่มสุรา ดื่ม 1-2 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ31.1

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้วามสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่ม ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.43 คะแนน(95% CI = 2.26-2.60) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรค		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	7.82	1.03	0.33		5.612	0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	7.08	0.68	2.43			
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.61	0.51	0..48-0.99		28.462	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	7.18	0.63	2.26-2.60			

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.28 คะแนน (95% CI = 4.52-6.03) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับโรค		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	15.64	3.01	0.37	-0.46-1.19	0.873	0.383
	กลุ่มเปรียบเทียบ	15.27	2.61				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.68	2.50	5.28	4.52-6.03	13.767	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	15.40	2.64				

2.3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของรับรู้ความรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของรับรู้ความรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.58 คะแนน (95% CI= 4.24-4.91) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของรับรู้ความรุนแรงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรง		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.11	1.52	1.32	0.91- 1.74	6.271	0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	18.79	1.29				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	23.47	0.96	4.58	4.24-4.91	27.100	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	18.90	1.28				

2.4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.27 คะแนน (95% CI=3.86-4.68)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.17	1.79	1.23	0.75-1.72	4.987	0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	18.94	1.52				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	23.38	1.27	4.27	3.86-4.68	20.557	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	19.12	1.51				

2.5.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.00 คะแนน (95% CI=6.22-7.78) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.26	2.54	-0.37	-1.11-0.38	-0.970	0.333
	กลุ่มเปรียบเทียบ	10.62	2.53				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	17.72	2.81	7.00	6.22-7.78	17.733	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	10.72	2.47				

2.6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.16 คะแนน (95% CI=6.48-7.83) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถแห่งตน		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	37.70	2.69	1.57	0.80-2.33	4.032	0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	36.13	2.52				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	43.38	2.07	7.16	6.48-7.83	20.991	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	36.22	2.48				

2.11. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลในภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 23.69 คะแนน (95% CI=23.07-24.31)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาล		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	22.16	2.71	-0.80	-1.59- -0.01	-1.996	0.047
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22.95	2.66				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	47.29	1.31	23.69	23.07-24.31	75.811	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	23.60	2.66				

2.12. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ -19.82 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (95% CI=-28.11-11.53) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 8
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวาน		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	162.46	60.89	5.86	-9.78- 21.49	0.739	0.461
	กลุ่มเปรียบเทียบ	156.60	44.07				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	143.48	26.11	-19.82	-28.11-11.53	75.811	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	163.30	30.13				

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

จากการใช้รูปแบบการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 12สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.43 คะแนน (95%CI = 2.26-2.60)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.28 คะแนน (95%CI = 4.52-6.03) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.58 คะแนน (95%CI= 4.24-4.91)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.27 คะแนน (95%CI=3.86-4.68) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.00 คะแนน (95%CI=6.22-7.78)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.16 คะแนน (95% CI=6.48-7.83) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมในการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 23.69 คะแนน (95% CI=23.07-24.31) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 19.82 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ (95%CI=-28.11-11.53)

อธิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินตามโปรแกรมออกเป็น 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างการรับรู้ ปรับทัศนคติ และสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจากผลของการวิเคราะห์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของหน่วยบริการทั้ง 2 แห่งที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะเห็นว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีค่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีผลมาจากการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอศรีรัตนะได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้ระดับความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันมากแต่ แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกหมดพลังอำนาจในการต่อสู้กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เช่น ความไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเช่นการนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็นระยะเวลานานหน้าห้องตรวจเป็นต้น(เยาวภา พรเวียง, 2555) ดังนั้นการให้ความรู้ด้วยกระบวนการหรือเทคนิคใหม่ๆรวมถึงการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ๆในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย

โรคเบาหวานจึงต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องรวมถึง กิจกรรมในเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดพลังในการปฏิบัติตัว ลดความเหนื่อยล้าเบื่อหน่ายจากการรักษา การรอตรวจ การรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ เท่าทันและเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ผู้วิจัยได้นำมาบรรจุลงในโปรแกรมการให้ความรู้ การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่ผู้ป่วยร่วมกันออกแบบ การสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่ายก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีองค์ความรู้และมีพลังกายใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้อย่างเหมาะสม จนมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเข้าสู่เกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของโกศล บุญทา (2562) ได้ใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 50 คน หลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และภายหลังเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 โดยดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถกระทำได้ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ เช่นการศึกษาของปารณีย์ ใจธรรม (2563) ได้มีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนอกหน่วยบริการสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 4 ขั้นตอนตั้งแต่การสำรวจปัญหา การสะท้อนคิด การปฏิบัติตัวและการคงอยู่ของการปฏิบัติตัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ไม่แตกต่างกัน ($p = .09$) แต่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทุกรายคืออยู่ในค่าเป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น เช่นการศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ดของเกษร ศรีธรรมมา (2560)โดยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรับรู้ต่อการปฏิบัติตัวของของกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ตลอดจนการมีพี่เลี้ยงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้และพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินของแววตา เพ็งบูรณ์และวีรวรรณ เกิดทอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สื่อผสมประกอบด้วยวีดีทัศน์ การแจ้งเตือนทางแอฟพิเคชั่นไลน์ การติดตามเยี่ยมบ้านและการเสริมพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลการเกินจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้ดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้ ดังนั้นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่บุคลากรสาธารณสุขจะสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้น เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

2.ควรมีการขยายการดำเนินงานในการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.ได้องค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และสามารถขยายผลในการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆในหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้

2.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนในการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1. นนทบุรี : กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

โกศล บุญทา.(2566).การเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. 2566.[เข้าถึงเมื่อ 14 เม.ย. 2567].เข้าถึงได้จาก: (http://www.chiangmaihealth.go.th/document/231010169690646468.pdf).

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). (ระบบออนไลน์).สืบค้นทางอินเตอร์เน็ต วันที่14 เมษายน 2567 แหล่งที่มา :https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361. (16 ตุลาคม 2565)

เยาวภา พรเวียง และคณะ. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(2): 85-97.

แววตา เพ็งบูรณ์และ, วีรวรรณ เกิดทอง. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าชนะ. www.srth.go.th/home/research (Vol.1 NO.1 February-December, 2024) อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2567]; 2(2): 1-13. https://srth.go.th/home/ research.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2561).การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ระดับประเทศ พ.ศ. 2550-2558. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2560).แผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ:บริษัท อิโมชั่นอาร์ต จำกัด.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2554). สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554).แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2550-2558. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน

American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in diabetes 2011. Diabetes Care, 34(Supplement 1): S11-S61.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health education monographs, 2, 324-473.

Bloom BS. (1968). Learning for mastery. Evaluation comment, 1(2). Center for the study of evaluation of instructional programs, University of California, Los Angeles, USA.

Bloom, B.S. (1956).Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals handbook I: Cognitive domain. New York: McKay.

Gray, R. E, Doan, B. D., & Church, K. (1990). Empowerment and persons with cancer: Politics in cancer medicine. Journal of Palliative Care,6: 33-45.

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing, 21: 1201-1210.

Lemeshow S, Hosmer.(1990). D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons

Lewin, Kurt.(1951). “Field. Theory and Leaning” Ind. Cartwright Field theory in Social Science:Selected Theoretical. New York:Harper and Row.

WHO. Non communicable diseases 2023.สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566 https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

WHO. (2019).Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/.