

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานวิถีใหม่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบัวน้อย

วรรณิ พันธุ์วิไล, พย.บ.¹, กำพล เข้มทอง, ส.ด.², นัทธมน เวียงคำ, ส.ม.³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบวิถีใหม่ร่วมกับชุมชนตำบลบัวน้อย และ 3) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสมภายในกลุ่มระหว่างก่อนกับหลังการทดลองสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการบริการวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย ใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนน เฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.13 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง

การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลอย่างใกล้ชิด คอยส่งเสริมให้กำลังใจ การให้ความรู้ตามกระบวนการและเทคนิคของการมีส่วนร่วม เสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เกิดพลังในการปฏิบัติตัว การรักษา การรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทั้งทางตรงและโดยอ้อม บูรณาการผลงานในโปรแกรมการให้ความรู้ การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่ร่วมกันออกแบบ สนับสนุนกันเองภายในครอบครัว โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตลอดจนการใช้ระบบบริการสาธารณสุขดำเนินการอยู่แล้วเสริมพลังใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างพลังอำนาจ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: wannee03310@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ Email: baokamk@gmail.com

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: natthamon_76@hotmail.com

Effectiveness of the New Normal Diabetes Patient Service Program Community with Participation in Bua Noi Subdistrict

Wanee Punvilai, *B.N.S.*¹, Kampol Khemthong, *Dr.P.H.*², Natthamon Wiangkham, *M.P.H.*³

Abstract

This quasi-experimental research aimed to 1) study the effectiveness of self-management in controlling blood sugar levels in diabetic patients; 2) examine the results of self-management in diabetic patients using the new lifestyle approach in collaboration with the Bua Noi Subdistrict community; and 3) compare cumulative blood sugar levels within groups before and after the intervention. The sample consisted of type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar levels at Ban Phan Lam Subdistrict Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province. The experimental group received a 12-week program. The research instrument used questionnaires administered twice before and after the intervention, from November 2024 to February 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, presenting percentages, means, standard deviations, medians, and independent t-tests.

The results revealed that before the intervention, the experimental and comparison groups had a statistically significant difference in knowledge scores. After the intervention, the difference in knowledge scores was statistically significant at the 0.05 level (p -value <0.001). The experimental group had a significantly higher average knowledge score. The mean difference in fingertip blood sugar levels was 1.13 times higher than the comparison group. Before the experiment, the experimental and comparison groups showed a statistically insignificant difference in the mean fingertip blood sugar levels of the diabetic patients. After the experiment, the difference in the mean fingertip blood sugar levels of the diabetic patients was statistically significant at the 0.05 level (p -value <0.001). The experimental group showed a decrease in the mean fingertip blood sugar score of the diabetic patients.

Involving the community in close care, providing encouragement and support, and providing knowledge on the process and techniques of participation, empowers diabetic patients to practice self-care, treat themselves, and take medication for a long period of time. The activities, which involve the community directly and indirectly, are integrated into the education program, creating guidelines through collaborative design, and supporting each other within families through village health volunteers and community leaders. Furthermore, the public health service system is used to strengthen morale and encourage proper behavior.

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

¹ Registered Nurse, Professional level, Ban Punlum Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province
Email: wanee03310@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professor level, Sisaket Provincial of Public Health office

³ Public Health Technical Officer, Ban Punlum Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก (World Health Organization, 2020) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายในหลายระบบ เป็นผลให้การดำรงชีวิตที่ไม่สมดุลหรือมีภาวะผิดปกติได้ (ณัฐฉัตรณ พันธ์มุง และคณะ, 2562) จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) รัฐบาลไทยได้บังคับใช้พระราชกำหนด “อยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ” ร่วมกับการปรับระบบรองรับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งกำหนดคำว่า “วิถีใหม่” ซึ่งผู้วิจัยนำแนวทาง “วิถีใหม่” นี้มาปรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลบันนอย

โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวาน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน (สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2564) และยังคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน ทั่วโลกพบว่าอัตราเพิ่มทุกปี ในปี 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 573 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน ในปี 2588 (Clark A และคณะ)

ประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 15.0 เป็น 22.0 มีโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 8.0 เป็น 13.1 โรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นจาก 26.9 เป็น 31.8 และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 35.9 เป็น 47.8 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ในปี 2563 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 และพบว่าร้อยละ 26.3 ของผู้ที่ป่วยเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลรักษาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (Health

Data Service Center) อัตราผู้ป่วยรายใหม่ ของโรคเบาหวาน คิดเป็น 597.35 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย ร้อยละ 2.14 ด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพประชาชน โรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อเรื้อรังสำคัญ (WHO, 2022) มีความร้ายแรงและทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต และโรคอื่น ๆ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พบในผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 และผู้หญิง 1 ใน 5 (WHO, 2022) ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิต 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ ในปี 2566 พบว่า กลุ่ม 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคน หากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยในปี 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ จากข้อมูลของระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 7.4 ต่อแสนประชากร (เป้าหมาย $\leq$ 9.6 ต่อแสนประชากร) พบสูงสุดที่เขต 4 (17.4) รองลงมาเขต 7 (16.6) และเขต 6 (11.6) ตามลำดับ และพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมองพบ 196.3 ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย $\leq$ 237.1 ต่อแสนประชากร) พบสูงสุดที่ เขต 4 (17.44) รองลงมาเขต 7 (15.79) และเขต 6 (11.65) ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ และ โรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากร

อายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 6,359.1, 6,670.2, 6,995.9, 7,339.7 และ 7,634.0 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 475.7, 470.2, 481.4 541.0 และ 526.6 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ,2566) ปี 2566 ด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และ ระดับความดันโลหิตได้ ผลการดำเนินงานโรคเบาหวานระหว่างปี 2562 - 2566 พบร้อยละ 28.26, 29.42, 29.15, 30.22 และ 31.7 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 40) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2566) สำหรับอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในพหุพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 พบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ 415.61 ต่อประชากรแสนคนและพบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 32.55 (จินทกา อันพิมพ์และจุติพร ผลเกิด, 2564)

จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี 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 6,145.18 อัตราต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับร้อยละ 7.49 7.86 6.22 และ 3.64 ลดลงในปี 2565 ตามลำดับ อัตราป่วย เบาหวานเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 27.59 โรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 65,010 ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี(เกณฑ์ค่าเป้าหมาย $\geq$

ร้อยละ 40) เท่ากับ จำนวน 24242 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.29 ซึ่งภาพรวมของจังหวัดถือว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยอำเภอกันทรารมย์เป็นหนึ่งอำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (HDC สสจ.ศรีสะเกษ,2566) ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังฯลฯ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2563) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 5,177.66, 5,584.45, 5,929.26 และ 6,415.48 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับร้อยละ 7.49, 7.86 และ 8.22 ตามลำดับ อัตราป่วยเบาหวานเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 27.59

อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นตามลำดับ ปี 2565 – ปี 2567 จำนวน 5,718, 5,883 และ 6,264 ราย ตามลำดับ และ มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 32.67, 34.40 และ ร้อยละ 41.35 ตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ ตำบลบัวน้อย มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแลที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในระหว่างปี 2563 – 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 198, 238, 252, 263 และ 279 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 3.95, 4.71, 4.98, 5.10 และ 5.47 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในระหว่างปี 2563 – 2567 จำนวน 13, 20, 23, 25 และ 23 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ คิดเป็นร้อยละ 22.10, 23.13 และ 29.13 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสน 248.42, 384.10, 445.91, 490.10 และ 454.28 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2567 ซึ่งการที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและมีบางราย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตัวเอง

ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ณัฐจิรธรรม พันธมุง และคณะ, 2562) ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยแนะนำไว้ คือ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ไม่เกินร้อยละ 7.0 (กรมควบคุมโรค, 2566) ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน คือ การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแล โรคเบาหวานด้วยตนเอง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ใหญ่วัยผู้ใหญ่ร่วมกับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมชีวิต (ณัฐจิรธรรม พันธมุง และคณะ, 2562)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ ได้สำรวจผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตำบลบ้านน้อยอยู่มาจนปัจจุบันนี้ ประกอบกับวิถีชีวิตของประชาชนในตำบลบ้านน้อยที่มีอาชีพหลากหลาย ทั้งทำงานอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย และเดินทางไปทำงานนอกพื้นที่ทั้งแบบไปกลับทุกวันหรือบางวัน และมีการติดต่อสื่อสารกันในหลายช่องทาง ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาโรคเบาหวานดังกล่าวให้เข้ากับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จึงได้มีแนวคิดในการศึกษาวิจัยโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยนำรูปแบบวิถีชีวิตแบบใหม่ผสมผสานบูรณาการกับภาคีเครือข่ายและชุมชนในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีกระบวนการศึกษาวิจัยมาแล้ว การนำเอาแนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer (1980) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของบุคคลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลการวิจัย ที่ได้มาใช้เป็นฐานข้อมูลในการสร้างเสริมพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมที่สามารถป้องกันและ

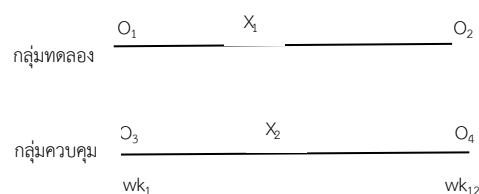
ควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานให้ช้าลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตำบลบ้านน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบวิถีใหม่ร่วมกับชุมชนตำบลบ้านน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสมภายในกลุ่มระหว่างก่อนกับหลังการทดลองสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดบริการวิถีใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ก่อนและหลัง เข้าร่วมของผู้ป่วยเบาหวานระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ในผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ ตำบลบ้านน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ กิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองตามโปรแกรม โดยมีรูปแบบวิจัย ดังนี้



กำหนดให้

X_1 หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน X_2 หมายถึง การได้รับการดูแลตามปกติ O_1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง O_2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง O_3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม O_4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม w_1, w_{12} หมายถึง ระยะเวลาทดลองเริ่มจากสัปดาห์ที่ 1 สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12

ประชากรศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg% แต่ไม่เกิน 250 mg% และขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ รวม 279 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Cohen,1988) โดยกำหนดขนาด อิทธิพล เมื่อกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ α เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยก่อนการทดลอง 1-2 สัปดาห์ ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ ได้กำหนดให้เป็นวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์เป็นวันที่มีคลินิกโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ระยะเวลาที่ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี 2) เป็น ผู้ป่วย ที่ ประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 3 เดือนมากกว่า 130 mg% 3) มีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี 4) สามารถสื่อสารอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 6) ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว 7) มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะพึ่งพา 8) ไม่มีความพิการทางสายตาดำเนิน 9) ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว และมีความสนใจ เข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะของโรคเบาหวาน เช่น ตาบอด ไตวาย 2) ต้องเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย 3) มีภาวะการตั้งครรภ์ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย 4) มีการวินิจฉัยและเริ่มต้นให้การรักษาด้วยการฉีดอินซูลินระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาวิจัยได้ตลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัย ประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบและผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวัด และประเมิน ค่าทางกายภาพ (1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (1). แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานลักษณะ คำถามเป็นแบบสำรวจรายการเลือกคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริง และบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด ด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งมีข้อคำถาม เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวน 22 ข้อ เป็น ข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหารของผู้ป่วยลักษณะคำตอบเป็นมา ตราส่วน ประเมินค่า 4 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบประเมิน พฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการใช้ ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรม การใช้ยา ด้านการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา หรือจัดการกับ อาการข้างเคียงของยาและด้านการเก็บ รักษา ยา เป็นคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวม 20 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ (3) แบบประเมิน การมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 3 ข้อหลัก ผู้วิจัยเป็นผู้ สังเกตและบันทึก (4) แบบประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ย สะสมในเลือด (HbA1c) ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและบันทึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อ พฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการ ตนเอง (Self- Management) ของ Kanfer, (1999) และ Creer, (2000) ซึ่งในโปรแกรมนี้ประกอบไปด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การเก็บรวบรวม

ข้อมูล (Information Collection and Education Subgroup) การเก็บรวบรวมข้อมูลอาการและอาการ แสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Information Processing and Evaluation) จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่าง กลุ่มเป้าหมาย (Decision Marking and Modify Behavior To The Goal and Group Discussion) การคำนวณอาหาร พร้อมยกตัวอย่างประกอบ (Meal Planning) การติดตามการรับประทานยา (Proper Medication Taking) ให้บันทึกกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติ ในแต่ละวัน (Action and Self-Monitoring) ประเมิน ตนเองในสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ (Self-Reaction) ประเมินผลหลังการปฏิบัติ (Evaluation and Reinforcement) (2) แผนการสอน การจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย (1) สื่อการสอนการนำเสนอภาพนิ่ง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุม อาหาร การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้อง การเฝ้าติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองเพื่อควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด (2) เรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดง ของโรคเบาหวาน (3) อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (4) การรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (5) การ ติดตามการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

3. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมใน เลือด

4. สมุดบันทึกเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

5. แผ่นพับผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

6. แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการ จัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. หลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แล้ว ผู้วิจัยทำ หนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

2. ดำเนินการตามขั้นตอน โปรแกรมการจัดการ เบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเริ่มต้นจาก

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้กลุ่ม ตัวอย่าง ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเข้าโปรแกรม กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมไม่ได้ ว่ามีผลดีผลเสียอย่างไร รับฟังความรู้ผ่านสื่อ วิดีทัศน์

สัปดาห์ที่ 2- 3 ผู้วิจัยติดตามอาการของผู้ป่วย และทำการทบทวนความรู้ซ้ำ ตอบปัญหาหรือข้อสงสัย ของผู้ป่วยทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยมี การ แบ่งกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ โดยแบ่งเป็นฐาน 4 ฐาน คือ ฐานที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฐานที่ 2 ให้ความรู้เรื่องอาหาร ฐานที่ 3 ให้ความรู้เรื่องยา และ ฐานที่ 4 Self-Management การติดตามตนเอง (selfmonitoring)

สัปดาห์ที่ 5-8 ทบทวนความรู้ซ้ำอีกรอบ ติดตามอาการและปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการ นัดติดตาม อาการและการปฏิบัติตน โดยสอบถามทาง โทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 9-11 ทำการติดตามสอบถาม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผ่านทาง โทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 12 ทำการประเมินซึ่งเป็น ระยะเวลาสิ้นสุดของกิจกรรมตามโปรแกรมโดยนัด หมายผู้ป่วยเพื่อให้มาตรวจตามนัด ทำการประเมิน ผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับ

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประเมิน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประเมิน พฤติกรรมการรับประทานยา ประเมินระดับน้ำตาล เกลี่ยสะสมในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใน โปรแกรม โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดย พิจารณาครอบคลุมด้านเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ของเนื้อหา การลำดับเนื้อหา ตลอดจนรูปแบบและ ความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม การจัดการ เบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดที่ประกอบไปด้วย การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา และ ผู้วิจัยนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ดังกล่าว เป็นผู้ตรวจสอบความ ตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรม ด้านโรคเบาหวาน 2. พยาบาลวิชาชีพด้านโรคเบาหวาน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิเมื่อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว นำมาหาดัชนีความ ตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยมี เกณฑ์ค่า $CVI > 0.7$ (Hambleton et. al, 1975) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ แต่ละท่าน มารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากนั้น ตรวจสอบ ความ สอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อคำถามที่ สร้างขึ้นดัชนีที่ใช้แสดง ความสอดคล้องเรียกว่า ดัชนี ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์

(Item Objective Congmence Index: IOC) ผู้วิจัยได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 เป็นข้อคำถามที่ใช้ได้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดทิ้ง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) การประเมินพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดในด้านการรับประทานอาหารและด้านการรับประทานยา นำแบบสอบถามพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรับประทานยา ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกโรคเรื้อรัง ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบคุณภาพความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

3. การหาความเที่ยงในเครื่องมือตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หรือ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมา (Beckman Coulter Synchrony) จะส่งตัวอย่างการตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และมีการตรวจสอบน้ำยาที่ใช้ตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

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

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่

SPPH 2024-212 วันที่รับรอง 11 พฤศจิกายน 2567
วันหมดอายุ 10 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 24.0 เพศหญิง ร้อยละ 76.0 อายุเฉลี่ย 62.16 ปี (SD= 14.44) ส่วนใหญ่มีสภาวะภาพสมรส ร้อยละ 72.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.0 รายได้เฉลี่ย 5,861.22 บาท (SD=79.22) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 44.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 8.0 ดื่มสุรา ร้อยละ 46.0 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.0 เพศหญิง ร้อยละ 56.0 อายุเฉลี่ย 58.44 ปี (SD= 17.35) ส่วนใหญ่มีสภาวะภาพสมรส ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.0 รายได้เฉลี่ย 3,861.22 บาท (SD=272.43) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 32.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.0 ดื่มสุรา ร้อยละ 22.0

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่ม ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.13 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	4.82	1.19	0.47		4.43	0.03
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.08	1.28	1.13			
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	8.28	3.22		0.28-0.95	8.23	<0.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.33	2.54		1.44-2.12		

2.2 การเปรียบเทียบของผลต่างคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลที่เจาะปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	143.33	39.49	4.22	-7.67- 16.29	0.99	0.39
กลุ่มเปรียบเทียบ	151.19	34.24				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	133.45	22.43	-15.54	-24.43-9.20	49.76	<0.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	154.22	34.44				

สรุปและอภิปรายผล

จากการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value<0.01) โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ

พฤติกรรมโดยรวมในการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กิจกรรมการดำเนินตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้สามารถมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่เหมาะสมจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจากผลของการวิเคราะห์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะเห็นว่าการทดลองคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ มีค่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง

ที่ต้องติดตาม รักษาต่อเนื่อง การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเช่น การนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็นระยะเวลานานหน้าห้องตรวจ (เยาวภา พรเวียง, 2555) ดังนั้น การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลอย่างใกล้ชิด คอยส่งเสริมให้กำลังใจ การให้ความรู้ตามกระบวนการและเทคนิคของการมีส่วนร่วม เสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เกิดพลังในการปฏิบัติตัว การรักษา การรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทั้งทางตรงและโดยอ้อม บุรณาการผสานในโปรแกรมการให้ความรู้ การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่ร่วมกันออกแบบ สนับสนุนกันเองภายในครอบครัว โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตลอดจนการใช้ระบบบริการสาธารณสุขดำเนินการอยู่ แล้วเสริมพลังใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้อย่างเหมาะสม จนมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเข้าสู่เกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของโกศล บุญทา (2562) ได้ใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จนพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถกระทำได้ในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ เช่นการศึกษาของปารณีย์ ไชธรรม (2563) ได้มีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนอกหน่วยบริการสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทุกรายคืออยู่ในค่า

เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น เช่นการศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ดของเกษร ศรีธรรมมา (2560) โดยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรับรู้ต่อการปฏิบัติตัวของของกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวาน การมีพี่เลี้ยงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้และพฤติกรรมดีขึ้น สอดคล้องกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินของแววตา เพ็งบุรณ์และวีรวรรณ เกิดทอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สื่อผสม ประกอบด้วย วิดีทัศน์ การแจ้งเตือนทางแอปพลิเคชันไลน์ การติดตามเยี่ยมบ้านและการเสริมพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้ดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลจากการวิจัยใช้วางแผนสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มอื่นได้
2. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองตามโปรแกรมการศึกษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). สรุปรายงานการเฝ้าระวัง. กรุงเทพฯ : กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐอิสรณ์ พันธมุง และคณะ. (2562). ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. (ระบบออนไลน์). (สืบค้น เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567). http://www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf.
- วิชัย เอกพลกร.(รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย.
- วารสารเบาหวาน 2560;49
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.
- แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: บริษัทกรมเย้นมีเดีย จำกัด; 2560. หน้า 35, 45.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557. หน้า 6.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(2567). สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก[อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/info/non-communicabledisease>.
- สุธีรา บุญแต้ม, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี่.(2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2556;36(123):65-80.
- ศุภกษมา สุทธิใจ, สุปรียา ต้นสกุล, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี่.(2559). โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารประยุกต์แบบจำลองข่าวสารแรงจูงใจและทักษะพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2559;39(132):35-50.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2567). การป่วยการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก<http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- สุริย์พร ปัญญาเลิศ, นิรัตน์ อิมามี่ และวรกร เกรียงไกรศักดิ์.. การกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2560;40:69-81.
- อรรณพ ม่วงงษา, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ต้นสกุล และนิรัตน์ อิมามี่.. โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42(5):62-70.
- อุมาลี ธรศรี, พัชราณี ภาณุกุล, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และกานดาวิ มาลีวงศ์.(2561). โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ: ลดหวาน มัน เค็มประยุกต์การกำกับตนเองและแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561;48(3): American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care.(2017);40(Suppl 1):33-43.
- Bandura A.(1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist 1993;28:117-148.
- Clark A และคณะ. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. Lancet Glob Health. 2020 Aug;8(8):e1003-e1017. doi:10.1016/S2214-109X(20)30264-3. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32553130; PMCID: PMC7295519.
- Clark NM, Gong M, & Kaciroti N.(2001). A model of self-regulation for control of chronic disease. Health education & behavior 2001;28(6):769-782.
- Cohen J.(1988), Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
- Green LW & Kreuter MW.(1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach 3rd Ed. CA: Mayfield;1999. pp. 113-116.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.(2006). Health promotion in nursing practice, 5th Ed. NJ: Pearson Education; 2006.pp. 57-59.