

ผลการพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

Results of the Self-regulation development of Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients in Mueang District,
Yasothon Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 28,2024 ; Accepted: October 29,2024)

จันฐตา พงประเสริฐ¹,ยุพิน เสาร์ทอง¹,นวธัญพร ศรีจันทร์¹
Jinatta Pongpraser¹yupin saothong¹Nawatanpron Srichan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ศึกษาในกลุ่มทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยโสธร และทีมสุขภาพชุมชน 15 คน และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 32 คน ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ การทดลองใช้ และการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสนทนา และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample T-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.30 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 64.4 ปี (S.D.=10.17) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 12 ปี ร้อยละ 56.30 มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.90 รูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินสุขภาพ ให้ความรู้ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2) เยี่ยมบ้าน พัฒนาทักษะพบทบทวนปัญหาและปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกัน 3) อสม. ติดตามเจาะน้ำตาลอาทิตย์ละ 1 ครั้ง 4) ติดตามประเมินคู่มือการกำกับตนเอง และ 5) ประเมินผลการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังได้รับการพัฒนารูปแบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ส่วนน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)

คำสำคัญ : รูปแบบการกำกับดูแลตนเอง, เบาหวานชนิดที่ 2, ผลลัพธ์ทางคลินิก, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้

Abstract

This research and development (R&D) aimed to study the results of the Self-regulation development of Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients in Mueang District, Yasothon Province. The study was conducted by the multi-disciplinary team of Yasothon Province and the community health team, totaling 15 people, and uncontrolled type 2 diabetes patients, totaling 32 people. The process involved 4 phases, including 1) analyzing the problem situation, 2) developing a model of self-regulation, 3) trialing the model, and 4) data evaluation. The data were collected using a conversational form and questionnaire on perceptions of self-regulatory ability, health behaviors and clinical outcomes, with a reliability of 0.87. The descriptive statistics and the inferential statistics were used with Paired Sample T-test and content analysis.

The study found that most of the uncontrolled type 2 diabetes patients were female (81.3%), aged 60 years and older (75.0%), had an average age of 64.4 years (S.D.= 10.17), had a duration of diabetes less than 12 years (56.30%), and had a history of direct relatives with diabetes (71.9%). The self-regulation skill enhancement model in the community consists of 1) health assessment, providing knowledge, and setting goals together 2) home visit to develop skills, review problems, and change goals together 3) Village Health Volunteers (VHVs) follow up on sugar drilling once a week 4) follow up and evaluate self-regulation manual, and 5) evaluate self-efficacy, behavior

¹ Corresponding Author: พยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลยโสธร Email: Jinatta.pui@gmail.com

and clinical outcomes. After the trial, the patients had significantly increased perceptions of self-regulatory ability and health behaviors (p -value<.001). While weight, body mass index, waist circumference, and blood sugar levels decreased significantly (p -value<.001).

Keyword : Self-regulation, Type 2 diabetes mellitus, Clinical results, Uncontrol DM

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 425 ล้านคน แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 98 ล้านคน และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน โดยจากปัจจัยหนึ่งมาจากทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ¹ ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทยจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบประชากรในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวานสูงถึง 4.8 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583² จากสถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ 472.19, 470.19, และ 490.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดเป็นอันดับ 1 โดยมีอัตราป่วยสูงถึง 535.11, 546.35, และ 550.82 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³ ส่งผลต่อทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับชาติเพราะผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ต้องการ การรักษามากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะเครียดในครอบครัว ซึ่งโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนหากดูแลได้ไม่ดีจะนำไปสู่การนอนโรงพยาบาลถี่ขึ้นและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ค่ารักษาพยาบาลสำหรับการดูแลรักษาโรคเบาหวานของทั่วโลกสูงถึง 760 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกาต่อปี สำหรับทั่วโลก ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานของประเทศไทยเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี² แต่ข้อมูลสถิติในจังหวัด

ยโสธร ใน พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 19.91, 23.06 และ 24.28 ตามลำดับ ซึ่งอำเภอเมืองยโสธร มีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่ำกว่าระดับจังหวัดและเกณฑ์เป้าหมาย พบร้อยละ 22.59, 23.45 และ 22.66 ตามลำดับ⁴ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดยโสธร

จากแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่ยังมีแนวโน้มสูง แม้จะมีความพยายามดูแลตามมาตรฐานคลินิกโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ การกำกับตนเองเป็นวิธีการที่สามารถสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้มีผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำมาพัฒนาใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังและศึกษาผลของรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

เพื่อศึกษาผลรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการควบคุม

โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก รอบเอว
ดัชนีมวลกาย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ จำแนกประชากรศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยโสธร และทีมสุขภาพชุมชน 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 250 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

1) ทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศิธรธรรม และทีมสุขภาพชุมชน รวม 15 คน ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน 2) ตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4) บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือ พี่เลี้ยงในชุมชน 5) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในชุมชน 6) แพทย์อายุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 7) พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี และ 8) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อาศัยอยู่ในตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ **เกณฑ์คัดเข้า** (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือด 126-182 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรติดต่อกัน 3 ครั้ง และ 2) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ 2) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือมีปัญหาการสื่อสาร

ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้ statistical test

แบบ means: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ effect size จากงานวิจัยของ จันจิรา ภูรัตน์ ที่มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน คือเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 38.55 (SD = 7.1) และ 32.93 (SD = 4.4) ตามลำดับ คำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.95 และค่าแอลฟา (alpha) ที่ .05⁴ ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 25 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงเพิ่มเป็นจำนวน 32 คน

3. ขั้นตอนการดำเนินวิจัย การดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เป็นการดำเนินงานเพื่อเตรียมทีม เตรียมพื้นที่ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก และรูปแบบเดิมที่ให้บริการและติดตามในชุมชน

1) ประสานกลุ่มตัวอย่างกลุ่มสหวิชาชีพ และทีมสุขภาพชุมชน เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้

2) ทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ผู้ป่วยมารับบริการใน 3 ปี ย้อนหลัง ตัวชี้วัดทางคลินิก

3) สำรวจทรัพยากร สภาพปัญหาและบริบท การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหในพื้นที่ โดย การศึกษาเอกสาร การทบทวนข้อมูลที่มีอยู่ระบบ

4) จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มในกลุ่มสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน ก่อนพัฒนารูปแบบฯ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย เชิงสนทนาแบบกลุ่มเดี่ยว ตามข้อคำถาม หลัก 10 ข้อ ที่ผู้นำกลุ่มกำหนดและผู้ร่วมสนทนา อภิปรายเชิงโต้ตอบในประเด็นที่กำหนดเวลาในการทำกิจกรรมไม่เกิน 2 ชั่วโมง หลังจบการสนทนาผู้นำ กลุ่มทำการสรุปผลและทำการนัดหมายกิจกรรม สนทนากลุ่มครั้งต่อไป

5) วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษาใน ขั้นการศึกษาสภาพปัญหา และการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ขนาดปัญหาหรือปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมโรค ไม่ได้ ต้นทุนทรัพยากร สภาพปัญหาหรือบริบทการ ดำเนินงานรูปแบบเดิมที่ให้บริการและติดตามใน ชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการกำกับ ดูแลตนเองในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้

ทำการคัดเลือกพื้นที่นำร่อง จำนวน 1 ตำบล (1 รพ.สต./ศสข.) ในการพัฒนารูปแบบการกำกับดูแล ตนเองในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรค ไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการกำกับตนเองของแบนดูรา (1991) คู่มือ กำกับติดตามรายกรณี clinical path way และ ความรู้ทางการแพทย์ ร่วมกับบริบทของผู้ป่วยใน พื้นที่ และทำการประเมินผลและปรับปรุงระบบที่ พัฒนาขึ้น ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ทั้งอำเภอโดยใช้ กระบวนการประชุมกลุ่มและการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ โดยการนำรูปแบบ การกำกับดูแลตนเองในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้เต็มพื้นที่ อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินสุขภาพ 2) วางแผนการดูแล 3) ประสานงาน 4) ปฏิบัติการพยาบาลรายกรณีเพื่อให้

ผู้ป่วยกำกับตนเอง และ 5) จัดการผลลัพธ์ ประเมินผลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การประเมินผล โดยดำเนินการ สนทนากลุ่มเพื่อประเมินผล ได้แก่ กลุ่มสหสาขา วิชาชีพ เพื่อประเมินผลรูปแบบการกำกับติดตามใน ชุมชน กลุ่มผู้ป่วย เพื่อประเมินความรู้ทาง สุขภาพ ทักษะการกำกับตนเอง และผลลัพธ์ทาง คลินิก

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ชุด มีดังนี้

1) **แบบเก็บข้อมูลสำหรับทีมสหวิชาชีพ และทีมสุขภาพชุมชน** เป็นแนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์ เชิงลึกและสนทนากลุ่ม เพื่อสอบถามประเด็นความ คิดเห็นบริบทการดำเนินงาน และความต้องการระบบ ติดตามและเยี่ยมบ้านในชุมชน ของทีมสหวิชาชีพต่อ ระบบบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรค ไม่ได้ ในประเด็น ความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับ สภาพการณ์ปัจจุบัน และปัญหาการดำเนินงานใน บุคลากรสุขภาพ ด้านการบริการและด้านผู้ป่วย การ ดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตามรูปแบบปัจจุบัน และคัดเลือกประเด็นเพื่อมาดำเนินการตามความ ต้องการ/ความคิดเห็นเพื่อพัฒนาระบบบริการฯ ของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ในชุมชน

2) **แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน** ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามให้ เลือกตอบและเติมข้อมูลที่ตรงกับข้อเท็จจริงของกลุ่ม ตัวอย่าง อาทิ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อย ที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า

(rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนน้อยที่สุดหมายถึงผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย คะแนนมากที่สุดหมายถึงผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และค่าน้ำตาลในเลือด (DTX) ในการติดตามกำกับในชุมชนครั้งนี้ ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถาม

การแปลผล ส่วนที่ 2 และ 3 จัดกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าสูงสุด ลบด้วยค่าต่ำสุด หารด้วยอันตรภาคชั้น จำแนกเป็นกลุ่ม ดังนี้

5.00 – 3.67 คะแนน
หมายถึง ระดับต่ำ

3.66 – 2.33 คะแนน
หมายถึง ระดับปานกลาง

2.32 – 1.00 คะแนน
หมายถึง ระดับสูง

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานที่ คือ คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม เครือข่ายโรงพยาบาลโสธร โดยผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลโสธร ในระยะเวลาช่วงเดือนมีนาคม 2566-กันยายน 2566 หลังจากอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยงานวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในระยะที่ 3 ของการดำเนินงานวิจัยเป็นระยะของการทดลองพัฒนารูปแบบฯ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนหลังทดลองพัฒนารูปแบบฯ ก่อนการนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSSpc

2) การสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย: ใช้การสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-face interview) ระหว่าง จนท.พี่เลี้ยงในชุมชน ด้วยแบบสอบถามแบบ

มีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้น คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ซึ่งต้องเน้นความสมัครใจ ความพร้อม และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก

3) การสนทนากลุ่ม/ประชุมกลุ่ม: หัวหน้าและทีมวิจัย เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ตามประเด็นในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ พร้อมกับบันทึกเทปอย่างละเอียด บันทึกภาพบรรยากาศการสนทนากลุ่ม โดยทีมวิจัยขออนุญาตกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้ง

6. การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การจัดการข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ: ภายหลังเก็บข้อมูล (การคัดกรองและสัมภาษณ์) ทีมวิจัยดำเนินการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ ทำทะเบียนรายการและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนที่นำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ทีมวิจัย นำข้อมูลการสนทนากลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนกัน และทำการถอดเทป สรุปเป็นประเด็นตามหัวข้อสนทนา

2 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบฯ

2) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSSpc ดังนี้

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลต่อเนื่อง (continuous) ด้วยสถิติ Paired Sample T-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้จะดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยโรงพยาบาลโสธร เลขที่ YST 2023-18 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2566 -30 กันยายน 2566 และการเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จะมีการขอคำยินยอมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างที่สนใจแสดงความจำนนด้วยการยินยอมด้วยวาจาหรือลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.30 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 64.4 ปี (S.D.=10.17) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.10 ประกอบอาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 31.30 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 12 ปี ร้อยละ 56.30 มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.90 ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 62.50 ใช้แรงงานระดับปานกลางในการทำกิจวัตรประจำวันและงานที่เป็นอาชีพ ร้อยละ 37.50 ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ใบบาง ยาเส้น ร้อยละ 90.60 ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 1-3 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 53.10 รูปร่างสมส่วน ร้อยละ 59.40 และ สาเหตุที่ดัชนีมวลกายเกิน คือรับประทานอาหารเยอะ ร้อยละ 61.54

2.รูปแบบการกำกับติดตามตนเองในชุมชน

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการกำกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูราร่วมกับคู่มือกำกับติดตามรายการ ความรู้ทางการพยาบาลและบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ ได้แนวคิดสำคัญคือ

1. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานได้ดีมากขึ้น โดยการนำข้อมูลที่บันทึกไว้มาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ จนทำให้เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

และเมื่อทำได้สำเร็จก็ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

2. การให้รางวัลแก่ตนเอง ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ และทักษะการกำกับตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น

3. การสนับสนุนการสังเกตตนเอง ให้ข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนการตัดสินใจ และองค์ประกอบที่ต้องปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละคนหรือแต่ละบริบท

ตามแนวคิดดังกล่าว จึงกำหนดเป็นขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการกำกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ ดังภาพที่ 4

1. ประเมินสุขภาพ โดยการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน ข้อมูลทางคลินิก ในสัปดาห์ที่ 1

2. วางแผนการดูแล ในสัปดาห์ที่ 1 บรรยายให้ความรู้ และตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยในการควบคุมโรคเบาหวาน วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย และกำหนดให้ อสม.ติดตามเจาะเลือดที่บ้าน ทุกสัปดาห์

3. ประสานงานกับ อสม. เพื่อติดตามผลการเจาะน้ำตาลในเลือดผ่านไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง และรับฟังปัญหา ข้อคิดเห็นของ อสม. ต่อการดูแลรายกรณี

4. ปฏิบัติการพยาบาลรายกรณี โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามประเมินคู่มือการกำกับตนเอง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ฝึกทักษะทบทวนการปฏิบัติตัวในการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา และการนวดอกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน การคำนวณพลังงานอาหาร เพื่อพัฒนาทักษะทบทวนปัญหาและปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกัน ตามข้อมูลพฤติกรรม และข้อมูลทางคลินิก ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 7 และ 11

5. จัดการผลลัพธ์ ประเมินผลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมโรคของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ และการให้รางวัลและกีดกันการประกาศติดบอร์ด ที่คลินิก ในสัปดาห์ที่ 12

3.ผลของรูปแบบการกำกับติดตามตนเองในชุมชนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน

3.1 ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน รายด้านและภาพรวม เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง รายด้าน (n=32)

การรับรู้ความสามารถของตน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	3.15	0.68	ปานกลาง	4.24	0.26	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	2.43	1.40	ปานกลาง	4.16	0.44	สูง
ด้านการรับประทานยา	4.17	0.77	สูง	4.41	0.49	สูง
ภาพรวม	3.14	0.63	ปานกลาง	4.24	0.27	สูง

3.2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า ภาพรวมการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) เมื่อ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

การรับรู้ความสามารถของตน	Mean Difference	S.D.	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร	1.09	0.50	12.22	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	1.72	1.22	7.95	<.001
ด้านการรับประทานยา	0.24	0.36	3.78	0.001
ภาพรวม	1.10	0.41	14.94	<.001

ก่อนการทดลองภาพรวม พบว่า มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง (Mean=3.14 (S.D.=0.63)) ภายหลังการทดลองเพิ่มเป็นระดับสูง (Mean=4.24 (S.D.=0.27)) เมื่อพิจารณารายด้าน ก่อนการทดลองพบว่า มีเพียงด้านการรับประทานยาที่มีระดับการรับรู้ในระดับสูง (Mean=4.17 (S.D.=0.77)) ส่วนด้านการรับประทานอาหาร (Mean=3.15 (S.D.=0.68)) และด้านการออกกำลังกาย (Mean=2.43 (S.D.=1.40)) มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับสูง ทุกด้าน ดังตารางที่ 1

พิจารณารายด้าน ภายหลังการทดลอง พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็นระดับสูง โดยมีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (p-value<.001) ด้านการออกกำลังกาย (p-value<.001) และด้านการรับประทานยา (p-value=.001) ดังตารางที่ 2

3.3 พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน
รายด้านและภาพรวม พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่า ภาพรวม ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.92 (S.D.=0.53) ภายหลังการทดลองเท่ากับ 4.07 (S.D.=0.24) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีสองด้านที่มีการ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	2.78	0.52	ปานกลาง	3.99	0.24	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	2.49	1.43	ปานกลาง	3.95	0.52	สูง
ด้านการรับประทานยา	4.31	0.75	สูง	4.68	0.28	สูง
ภาพรวม	2.92	0.53	ปานกลาง	4.07	0.24	สูง

3.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังการได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการควบคุมโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยแตกต่างจากก่อนการ

เปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ภายหลังการทดลอง คือ ด้านการรับประทานอาหาร Mean=2.78 (S.D.=0.52) เป็น Mean=3.99 (S.D.=0.24) และ ด้านการออกกำลังกาย Mean=2.49 (S.D.=1.43) เป็น Mean=3.95 (S.D.=0.52) ซึ่งด้านการรับประทานยามีพฤติกรรมระดับสูง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3

ทดลอง อย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (p-value<.001) ด้านการออกกำลังกาย (p-value<.001) ด้านการรับประทานยา (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (n=32)

พฤติกรรม	Mean Difference	S.D.	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร	1.21	0.42	16.02	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	1.45	0.96	8.50	<.001
ด้านการรับประทานยา	0.37	0.51	4.08	<.001
ภาพรวม	1.15	0.37	17.31	<.001

4 ผลของรูปแบบการกำกับติดตามตนเองในชุมชนต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า น้ำหนักก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.33 (S.D.=2.34) ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย

ลดลงเป็น 65.67 (S.D.=2.32) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.93 (S.D.=5.18) ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 26.67 (S.D.=5.14) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ส่วนรอบเอว ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.19 (S.D.=9.86)

ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 95.61 (9.40) และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง เท่ากับ 176.68 (S.D.=42.03) ภายหลัง

การทดลอง ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 133.93 (S.D.=14.94) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย น้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	Mean (S.D.)		t	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
น้ำหนัก	66.33 (13.27)	65.67 (13.14)	5.11	<.001
ดัชนีมวลกาย	26.93 (5.18)	26.67 (5.14)	5.07	<.001
รอบเอว	98.19 (9.86)	95.61 (9.40)	4.84	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	176.68 (42.03)	133.93 (14.94)	7.48	<.001

สรุปและอภิปรายผล

1) รูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การวางแผนการดูแล การประสานงาน การปฏิบัติการพยาบาลรายกรณี และการจัดการผลลัพธ์ ประเมินผลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยการจัดการรายกรณีที่บ้านเป็นการจัดการที่สอดคล้องกับการประเมินสุขภาพตนเอง วางเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ผ่านการกำกับตนเอง โดยมี อสม. ทำหน้าที่สนับสนุนการติดตามตรวจน้ำตาลที่บ้านทุกสัปดาห์ จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน และผลลัพธ์ทางคลินิก สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากการได้รับการรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน มาเป็นกรอบในการส่งเสริมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์พร พานนท์, ชัยยงค์ ขามรัตน์ และอติพร ทองหล่อ ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วน ต่ำบลกัสนา อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ กระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสินใจ การฝึกออกกำลังกาย การให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการออกกำลังกาย การปฏิบัติตัว

ในการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05⁶ การศึกษาธัญญารัตน์ นวลประเสริฐ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มอายุ 35-60 ปี ในตำบลโนนคำ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura) นำมาจัดเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดน้ำหนัก ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การประเมินภาวะอ้วนลงพุงของตนเอง การร่วมกันวางแผนปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก การฝึกบันทึกกิจกรรมเพื่อลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน และการให้คำแนะนำเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก มีเส้นรอบเอวลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁷ การศึกษาของภาณุดี พันธุ์พรม, ยุวดี รอดจากภัย และกมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองต่อดัชนีมวลกายของประชาชนที่มีน้ำหนักเกินในอำเภอบางบ่อ จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกิจกรรม 9 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ลักษณะเป็นแบบจัดชั้นเรียน โดยให้ตั้งเป้าหมายการควบคุมน้ำหนัก ให้ความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การวางแผนการ

บริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงเหลือน้อยกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01⁸ และการศึกษาของ สุภาพร ทิพย์กระโทก และธนิดา ผาติเสนะ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย การให้ความรู้การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก โดยการออกกำลังกายร่วมกันในทุกสัปดาห์ ๆ ละ 5 วัน ออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับสูดสูบล และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05⁹

2) การรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ภายหลังการได้รับการส่งเสริมรูปแบบการกำกับตนเองในชุมชน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคได้ มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนในระดับสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.30) และมีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 71.90) ซึ่งอาจส่งผลให้มีความใส่ใจในการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ในการจัดการสุขภาพอยู่เป็นทุนเดิม ส่งผลให้มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิรา เรียงคำ และคณะ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองใน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ทุกด้านภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตน ระดับสูง มีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงเดช ยศจำรัส และปาริชา นิพานนท์ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัยและเท้า การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานและการพบแพทย์ตามนัด แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)¹¹ อาจสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาในระดับสูง เมื่อภายหลังการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นเมื่อได้รับการส่งเสริมรูปแบบการกำกับตนเองในชุมชน

3) พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการได้รับรู้แบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชนมีระดับพฤติกรรมควบคุมโรคด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงเดช ยศจำรัส และปาริชา นิพานนท์ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของยุคลธร เขียววรรณ และคณะ พบว่า เมื่อสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)¹² การที่พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานสูงขึ้นเมื่อภายหลังการทดลองอาจเนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมโรคเบาหวานตามรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน สอดคล้องตาม

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่ว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ในระดับสูง อย่างจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่สูงขึ้นเช่นกัน¹² อาจกล่าวได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง เป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สูงขึ้น อันเกิดจากการได้รับรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน ผ่านกระบวนการประเมินสุขภาพ การวางแผนการดูแล การได้รับการประสานความร่วมมือในการดูแลจากชุมชน การจัดการปฏิบัติการพยาบาลรายกรณีอย่างเหมาะสม และมีการจัดการผลลัพธ์ ประเมินผลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้นจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarah Ruiz และคณะ การที่มีกลยุทธ์ในการจัดการตนเองที่ดีมีผลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้¹³

4) ผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังการได้รับรูปแบบการกำกับดูแลตนเองในชุมชน พบว่าทุกผลลัพธ์ทางคลินิกทุกด้าน มีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ น้ำหนัก ($p\text{-value}<.001$) รอบเอว ($p\text{-value}<.001$) ระดับน้ำตาลในเลือด ($p\text{-value}<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญ์พร ปรากฏผล และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมและคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันซิสโตลิกความดันไดแอสโตลิกค่าน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลในเลือดสะสม ค่า Blood Urea Nitrogen ค่าCreatinine ลดลงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01¹⁵ ค่าดัชนีมวลกาย ภายหลังการทดลองมีระดับที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ วิสารพันธ์ และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และค่าดัชนีมวลกาย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$)¹⁶

สรุปได้ว่ารูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน และผลลัพธ์ทางคลินิกสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ จึงสามารถเป็นข้อยืนยันได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถกำกับตนเอง และสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอเพื่อการนำไปใช้

ควรนำรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ไปขยายผลในเขตการให้บริการโรงพยาบาลระดับอำเภอ ระดับตำบล และภายในชุมชนต่อไป

สามารถนำรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้ประยุกต์ใช้ในประชาชนกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

ต่อยอดการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการรูปแบบการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมโรคไม่ได้

ศึกษารูปแบบการสร้างทักษะการกำกับดูแลตนเองชุมชน เพื่อนำไปออกแบบคู่มือหรือพัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes ATLAS Ninth edition 2019*. Retrieved from https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติการป่วยและตายด้วยโรคเรื้อรัง*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. รายงานสรุปผลการดำเนินงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงประจำปี 2565. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2565
5. จันจิรา ภูรัตน์, ปาหนัน พิทยภิบาล, สุนีย์ ละกะปิ่น. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 20-33.
6. สุรีย์พร พานนท์, ชัยยงค์ ขามรัตน์, อติพร ทองหล่อ. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการออกกกำลังกาย สำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วน ตำบลกลันตา อำเภอมือเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 7(1), 24-36.
7. ธัญญรัตน์ นวลประเสริฐ. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 1(2), 8-18.
8. ภาณุดี พันธุ์พรม, ยุติ รอดจากภัย, กมลมาลย์ วัฒนเศรษฐสิน. (2560). ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองต่อดัชนีมวลกายของประชาชนที่มีน้ำหนักเกินในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 46-59.
9. สุภาพร ทิพย์กระโทก, และธิดา ผาติเสนะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 210-223.
10. ชลธิรา เรียงคำ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อัครเดช เกตุฉ่ำ, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล. (2016). ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อายุ และความสามารถในการมองเห็น ในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(4), 35-46.
11. ทรงเดช ยศจำรัส, ปาริชา นิพพานนท์. (2556). ผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 21-30.
12. ยุคธรร เจริญวรรณ, มยุรี นิรัตธราดร, ชดช้อย วัฒนะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. *พยาบาลสาร*. 2555;39(2):132-142.
13. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(1), 191-215.
14. Ruiz, S., Brady, T. J., Glasgow, R. E., Birkel, R., & Spafford, M. (2014). Chronic condition self-management surveillance: What is and what should be measured? *Preventing Chronic Disease*, 11(19), 1-14.
15. ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, อรุณี ไชยฤทธิ์, อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, กนกพร เทียนคำศรี, ขนิษฐา แสงทอง, สมจิตต์ สีนุชัย. (2565). ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 4. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 14(2), 289-301.
16. ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์, จิตร มงคลมะไฟ, นิบพร แสนโท, วราทิพย์ แก่นการ. (2563). ประสิทธิภาพของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(4), 102-111.