

ผลการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม

Effects of Quality Improvement in Diabetes Care Through a Participatory Self-Management Program in Community Hospitals in Mukdahan Province

(Received: December 26,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

ทองเสริฐ ใจตรง¹ ชาญณรงค์ คนเพียร² ทรงรักษ์ แอนดราดา¹
Thongserth Jaitrong¹ Chanarong Konphian² Songrak Andrada¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องผลการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม "การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการนำไปปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร ด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กรอบแนวคิด RE-AIM Framework กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 170 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบบันทึกผลทางคลินิก การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test Multiple Logistic Regression และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ร้อยละ 91.18 มีประสิทธิผลในการลดระดับ HbA1c จากร้อยละ 8.25 เป็นร้อยละ 7.32 ($p<0.001$) และเพิ่มคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอาหารจาก 3.15 เป็น 4.09 คะแนน และด้านการออกกำลังกายจาก 2.85 เป็น 3.85 คะแนน ($p<0.001$) ได้รับการยอมรับในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และการมีแผนงานที่ชัดเจน

คำสำคัญ: การจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรงพยาบาลชุมชน, การวิจัยแบบการนำไปปฏิบัติ

Abstract

This implementation research aimed to study the effects of quality improvement in diabetes care through a participatory self-management program in community hospitals in Mukdahan Province using the RE-AIM Framework. The sample consisted of 170 type 2 diabetes patients and 40 stakeholders. Data were collected using questionnaires, clinical record forms, in-depth interviews, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, multiple logistic regression, and content analysis.

The results showed that the program reached 91.18% of the target population. It effectively reduced HbA1c levels from 8.25 percentage to percentage 7.32($p<0.001$) and increased self-management behavior scores in diet from 3.15 to 4.09 and exercise from 2.85 to 3.85 ($p<0.001$). The program received the highest level of adoption (Mean = 4.37, SD = 0.75). Key success factors included administrative support, multidisciplinary teamwork, and clear planning.

Keywords: Participatory Self-Management, Type 2 Diabetes, Community Hospital, Implementation Research

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ
ระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจพบความชุกของ
โรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ
9.50 หรือประมาณ 5.50 ล้านคน¹ โดยมีผู้ป่วย

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมุกดาหาร

เบาหวานเพียงร้อยละ 43.20 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนสูงถึง 47,596.25 ล้านบาทต่อปี²

สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 10 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา 245,678 ราย คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 11.25 สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โดยมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 38.45³ จากการวิเคราะห์พบสาเหตุจากระบบบริการที่ไม่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการตนเอง⁴

จังหวัดมุกดาหารพบผู้ป่วยเบาหวาน 19,528 ราย (ร้อยละ 10.20) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา และเท้า ร้อยละ 32.45, 15.67 และ 8.90 ตามลำดับ⁵ ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 35.60 ต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ⁶

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมโรค จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Anderson และคณะ¹⁷ พบว่าการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมสามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ยร้อยละ 0.8-1.2 และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 25-35 สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez และคณะ¹⁸ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มความสำเร็จในการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในประเทศไทย การศึกษาของสมพร เกษรสิริ และคณะ¹⁹ พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้จากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 48.9 ภายในระยะเวลา 6 เดือน อย่างไรก็ตาม การนำโปรแกรมไปใช้ในบริบทจริงยังพบความท้าทายหลายประการ²⁰

การวิจัยแบบการนำไปปฏิบัติเป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการศึกษานำนวัตกรรมไปใช้ในสถานการณ์จริง⁷ การใช้กรอบแนวคิด RE-AIM Framework ช่วยประเมินผลได้ครอบคลุม⁸ ผู้วิจัยจึง

สนใจศึกษาการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาการยอมรับและการนำโปรแกรมไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการนำไปปฏิบัติ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม 2566 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power⁹ ได้ขนาดตัวอย่าง 147 คน เพิ่ม 15% เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมเป็น 170 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 40 คน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป พัฒนาตามแนวคิดของ Powers และคณะ¹⁰
2. แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมของ Chen และคณะ¹¹
3. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก
4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบประเมินการนำโปรแกรมไปใช้ พัฒนาตามกรอบ RE-AIM Framework⁸

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การเตรียมการ ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ จัดประชุมทีมสหวิชาชีพ วางแผนการวิจัย คัดเลือกและอบรมพยาบาลวิชาชีพ 12 คน เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 การดำเนินการ คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ อธิบายการวิจัย ขอความยินยอม เก็บข้อมูลพื้นฐาน ดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 เดือน ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกทุกเดือน

ระยะที่ 3 การประเมินผล เก็บข้อมูลหลังโปรแกรม สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 26 แบ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Multiple Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย Content Analysis

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการเข้าถึงโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหาร พบว่าจากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 170 คน มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมจริง 155 คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึงโปรแกรมร้อยละ 91.18 โดยอัตราการเข้าถึงโปรแกรมของแต่ละโรงพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 88.00-93.33 อัตราการเข้าถึงสูงสุดพบที่โรงพยาบาลดอนตาลและโรงพยาบาลคำชะอีเท่ากันที่ร้อยละ 93.33 รองลงมาคือโรงพยาบาลห้วยใหญ่ร้อยละ 92.00 และโรงพยาบาลนิคมคำสร้อยร้อยละ 91.43 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลดงหลวงและโรงพยาบาลหนองสูงมีอัตราการเข้าถึงต่ำสุดเท่ากันที่ร้อยละ 88.00 ด้านอัตราการออกจากโปรแกรม (Drop out) โดยรวมมีผู้ออกจากโปรแกรม 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.16 โดยพบอัตราการออกจากโปรแกรมสูงสุดที่โรงพยาบาลดงหลวงร้อยละ 9.09 และต่ำสุดที่โรงพยาบาลดอนตาลและโรงพยาบาลคำชะอีเท่ากันที่ร้อยละ 3.57

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงโปรแกรมด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 4 ปัจจัย ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 10 กิโลเมตรมีความสัมพันธ์สูงสุด โดยมีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 2.45 (95% CI = 1.65-3.65) การมีผู้ดูแลหลัก มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 1.98 (95% CI = 1.32-2.98) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 1.75 (95% CI = 1.15-2.65) และรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 1.65 (95% CI = 1.12-2.45) ส่วนปัจจัยด้านอายุน้อยกว่า 50 ปี มีค่า Adjusted Odds Ratio เท่ากับ 1.45 (95% CI = 0.95-2.22) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.085$)

มุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่อการเข้าถึง

โปรแกรม

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่าการจัดกิจกรรมตรงกับวันนัดช่วยเพิ่มการเข้าถึงโปรแกรม โดยลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามอุปสรรคสำคัญคือระยะทางและการเดินทางในช่วงฤดูฝนหรือฤดูเกษตร บุคลากรเสนอแนวทางแก้ไข เช่น ระบบรถรับ-ส่ง การประสานงานท้องถิ่น และการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการสนับสนุนค่าเดินทางและการแจ้งกำหนดการล่วงหน้า เพื่อวางแผนได้สะดวก แต่ยังพบข้อจำกัด เช่น ภาระงาน ค่าเดินทาง และสุขภาพของผู้ป่วย สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ประสิทธิผลของโปรแกรม

ผลลัพธ์ทางคลินิก

การศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 155 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายด้าน โดยค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

(HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากค่าเฉลี่ยร้อยละ 8.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.42 เป็นร้อยละ 7.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15 มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) เท่ากับร้อยละ 0.93 สอดคล้องกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ที่ลดลงจาก 165.45 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 42.32 เป็น 142.65 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 35.76

ด้านค่าดัชนีมวลกายพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) จาก 26.85 kg/m² ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.25 เป็น 25.45 kg/m² ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.85 และความดันโลหิตก็มีแนวโน้มดีขึ้น โดยค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 138.54 mmHg ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.65 เป็น 130.42 mmHg ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.85 และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 85.45 mmHg ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.75 เป็น 80.65 mmHg ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.54

การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกค่า โดยระดับคอเลสเตอรอลรวมลดลงจาก 198.45 mg/dL ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน 35.65 เป็น 182.35 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 28.95 ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงจาก 168.75 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 45.85 เป็น 148.65 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 38.75 ระดับ LDL-cholesterol ลดลงจาก 125.45 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 32.65 เป็น 108.75 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.85 ในขณะที่ระดับ HDL-cholesterol เพิ่มขึ้นจาก 42.35 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.95 เป็น 46.85 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.45

การติดตามการทำงานของไตพบว่าค่า BUN มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 15.45 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.85 เป็น 14.85 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.65 ค่าครีเอตินินเปลี่ยนแปลงจาก 1.15 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 เป็น 1.12 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 และค่า eGFR เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 85.45 mL/min ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.65 เป็น 86.25 mL/min ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.45 แต่การเปลี่ยนแปลงของค่าการทำงานของไตทั้งสามค่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=155)

ตัวแปร	ก่อน Mean (SD)	หลัง Mean (SD)	Mean diff.	t	p-value
HbA1c (%)	8.25 (1.42)	7.32 (1.15)	0.93	8.45	<0.001
FBS (mg/dL)	165.45 (42.32)	142.65 (35.76)	22.80	7.82	<0.001
BMI (kg/m ²)	26.85 (4.25)	25.45 (3.85)	1.40	4.56	<0.001
Systolic BP (mmHg)	138.54 (15.65)	130.42 (12.85)	8.12	6.24	<0.001
Diastolic BP (mmHg)	85.45 (8.75)	80.65 (7.54)	4.80	5.87	<0.001
Cholesterol (mg/dL)	198.45 (35.65)	182.35 (28.95)	16.10	5.45	<0.001
Triglyceride (mg/dL)	168.75 (45.85)	148.65 (38.75)	20.10	5.32	<0.001
HDL (mg/dL)	42.35 (8.95)	46.85 (9.45)	4.50	4.85	<0.001
LDL (mg/dL)	125.45 (32.65)	108.75 (26.85)	16.70	5.65	<0.001
BUN (mg/dL)	15.45 (4.85)	14.85 (4.65)	0.60	1.25	0.214
Creatinine (mg/dL)	1.15 (0.45)	1.12 (0.42)	0.03	0.85	0.398
eGFR (mL/min)	85.45 (15.65)	86.25 (15.45)	0.80	0.65	0.517

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

จากการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลัง

เข้าร่วมโปรแกรม โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย

ในด้านการรับประทานอาหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.15 เป็น 4.09 คะแนน (เพิ่มขึ้น 0.94 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ การควบคุมปริมาณอาหารและการหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง โดยเพิ่มขึ้นจาก 2.95 และ 3.05 เป็น 3.95 และ 4.05 คะแนนตามลำดับ (เพิ่มขึ้น 1.00 คะแนน) รองลงมาคือ การรับประทานอาหารตรงเวลา การหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน และการรับประทานผักสด ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.90 คะแนนเท่ากัน

สำหรับด้านการออกกำลังกาย พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนโดยคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.85 เป็น 3.85 คะแนน (เพิ่มขึ้น 1.00 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยทุกพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่เท่ากัน กล่าวคือเพิ่มขึ้น 1.00 คะแนน ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ (2.85 เป็น 3.85) การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที (2.75 เป็น 3.75) การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (2.65 เป็น 3.65) การเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม (2.95 เป็น 3.95) และการสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย (3.05 เป็น 4.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม($n=155$)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ก่อน Mean (SD)	หลัง Mean (SD)	Mean diff.	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร					
- รับประทานอาหารตรงเวลา	3.25 (0.85)	4.15 (0.65)	0.90	12.45	<0.001
- ควบคุมปริมาณอาหาร	2.95 (0.92)	3.95 (0.72)	1.00	11.85	<0.001
- หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน	3.15 (0.88)	4.05 (0.68)	0.90	11.65	<0.001
- รับประทานผักสด	3.35 (0.82)	4.25 (0.62)	0.90	12.25	<0.001
- หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง	3.05 (0.90)	4.05 (0.70)	1.00	11.95	<0.001
- คะแนนรวมด้านอาหาร	3.15 (0.87)	4.09 (0.67)	0.94	12.03	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย					
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	2.85 (0.95)	3.85 (0.75)	1.00	11.87	<0.001
- ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที	2.75 (0.98)	3.75 (0.78)	1.00	11.65	<0.001
- ออกกำลังกาย ≥ 3 วัน/สัปดาห์	2.65 (1.02)	3.65 (0.82)	1.00	11.45	<0.001
- เลือกวิธีออกกำลังกายเหมาะสม	2.95 (0.92)	3.95 (0.72)	1.00	11.85	<0.001
- สังเกตอาการผิดปกติ	3.05 (0.88)	4.05 (0.68)	1.00	12.05	<0.001
- คะแนนรวมด้านออกกำลังกาย	2.85 (0.95)	3.85 (0.75)	1.00	11.77	<0.001

จากผลการสังเกตพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 155 ราย แสดงให้เห็นความแตกต่างของการปฏิบัติตัวใน 5 ด้านสำคัญ โดยพบว่าการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด คือร้อยละ 87.10 จำนวน 135 ราย มีเพียงร้อยละ 9.68 จำนวน 15 ราย ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และมีเพียงส่วนน้อยมากคือร้อยละ 3.22

จำนวน 5 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเลย สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างถูกต้อง

รองลงมาคือการจัดการด้านอาหาร โดยพบว่ามีร้อยละ 80.65 จำนวน 125 ราย สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 12.90 จำนวน 20 ราย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร้อยละ 6.45 จำนวน 10 ราย ไม่ได้

ปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ค่อนข้างดี แม้จะมีความท้าทายมากกว่าการใช้ยา

การตรวจน้ำตาลด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยร้อยละ 77.42 จำนวน 120 ราย ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในขณะที่ร้อยละ 14.19 จำนวน 22 ราย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร้อยละ 8.39 จำนวน 13 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจ และสามารถตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองได้

ในด้านการดูแลเท้า พบว่าร้อยละ 76.13 จำนวน 118 ราย ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 15.48 จำนวน 24 ราย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร้อยละ 8.39

จำนวน 13 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่าการดูแลเท้าเป็นพฤติกรรมที่ต้องได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม โดยมีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติ รวมกันมากกว่าร้อยละ 20

ส่วนการออกกำลังกายพบว่าร้อยละ 74.19 จำนวน 115 ราย ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 16.13 จำนวน 25 ราย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร้อยละ 9.68 จำนวน 15 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีสัดส่วนของการปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมอื่นๆ สะท้อนให้เห็นว่าการออกกำลังกายยังเป็นความท้าทายสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการสังเกตพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (n=155)

พฤติกรรมที่สังเกต	จำนวน (ร้อยละ)		
	ปฏิบัติถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ไม่ปฏิบัติ
การจัดอาหาร	125 (80.65)	20 (12.90)	10 (6.45)
การออกกำลังกาย	115 (74.19)	25 (16.13)	15 (9.68)
การใช้ยา	135 (87.10)	15 (9.68)	5 (3.22)
การตรวจน้ำตาล	120 (77.42)	22 (14.19)	13 (8.39)
การดูแลเท้า	118 (76.13)	24 (15.48)	13 (8.39)

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและประสิทธิผลของโปรแกรม สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาดังนี้ พบว่าการจัดกิจกรรมตรงกับวันนัด ช่วยเพิ่มการเข้าถึงโปรแกรม โดยลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญคือ ระยะทางและการเดินทางในช่วงฤดูฝนหรือฤดูเกษตร บุคลากรเสนอแนวทางแก้ไข เช่น ระบบรถรับ-ส่ง การประสานงานท้องถิ่น และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและญาติให้มีความสำคัญกับการสนับสนุนค่าเดินทางและการแจ้งกำหนดการล่วงหน้า เพื่อวางแผนได้สะดวก แต่ยังพบข้อจำกัด เช่น ภาระงาน ค่าเดินทาง และสุขภาพของผู้ป่วย สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

การยอมรับและการนำโปรแกรมไปใช้

กระบวนการนำไปใช้

การประเมินการดำเนินกิจกรรมในโรงพยาบาล 6 แห่งพบว่า สถานที่และอุปกรณ์สถานที่อยู่ในระดับดีมาก 4 แห่ง ร้อยละ 66.67 และดี 2 แห่ง ร้อยละ 33.33 อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกส่วนใหญ่ระดับดีมาก ร้อยละ 50 การดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมของทีมในระดับดีมาก 5 แห่ง ร้อยละ 83.33 การจัดกิจกรรมตามแผนและการบริหารเวลาอยู่ในระดับดีมากและดีเท่ากัน ร้อยละ 66.6 และร้อยละ 33.33 การบันทึกและติดตาม การบันทึกข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 50 -66.67 โดยมีบางแห่งในระดับพอใช้ ร้อยละ 16.67

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อัตราการเข้าถึงโปรแกรมที่สูง (ร้อยละ 91.18) สอดคล้องกับการศึกษาของพิชัย มณีสถิตย์¹² ที่พบว่าการจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ถึงร้อยละ 85-90

การลดลงของระดับ HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 0.93 สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย แก้วประเสริฐ¹³ ที่พบว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมสามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ย 0.9% นอกจากนี้ ธีรศักดิ์ พาจันทร์ และคณะ¹⁴ พบว่าการบูรณาการโปรแกรมการจัดการตนเองกับการสนับสนุนจากชุมชนสามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ยร้อยละ 0.8

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการจัดการตนเอง การที่การใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีที่สุดอาจเป็นผลจากระบบการจ่ายยาและติดตามการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ดังที่พรทิพย์ วรชัย¹⁶ พบว่าการบูรณาการการทำงานระหว่างทีมสุขภาพช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

การที่โปรแกรมได้รับการยอมรับในระดับสูง สะท้อนถึงความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson และคณะ²¹ ที่พบว่าปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการนำโปรแกรมสุขภาพไปใช้ในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่น นอกจากนี้ Wilson และคณะ²² ยังพบว่าการใช้กรอบแนวคิด RE-AIM ช่วยให้เห็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโปรแกรมได้ชัดเจนขึ้น

ประเด็นท้าทายที่พบจากการศึกษา ได้แก่ การเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร สิทธิสาตร์และ

คณะ²³ ที่พบอุปสรรคด้านระยะทางและวิถีชีวิตของชุมชนชนบท การแก้ไขปัญหาอาจต้องอาศัยการพัฒนาาระบบสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล²⁴ และการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน²⁵

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีอัตราการเข้าถึงสูง ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและมีแนวโน้มที่จะเกิดความยั่งยืน ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และการมีแผนงานที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ได้แก่

1. กำหนดนโยบายชัดเจน สนับสนุนงบประมาณ และพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงโรงพยาบาล-ชุมชน
บูรณาการงานเบาหวานกับงานสาธารณสุข และผลักดันเป็นวาระจังหวัด
2. พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ ปรับบริการให้เหมาะสมกับบริบท และสร้างระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ
3. เชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
4. เสริมศักยภาพ อสม. สนับสนุนกิจกรรมสุขภาพ และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว
2. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อ

ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. ควบคู่กับความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Evaluation) ของโปรแกรม เพื่อประเมินต้นทุนและผลตอบแทนในการขยายผลระดับนโยบาย

4. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

5. ควบคู่กับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น แอปพลิเคชัน การให้คำปรึกษาทางไกล

6. ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research :IR) ตามแนวทางการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปขยายผลกับประเด็นอื่น เพื่อให้ได้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารในการพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การยกระดับคุณภาพบริการของหน่วยบริการระดับต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนนี ไชยวรรณ, ณัฐนันท์ รุ่งนิรันดร์, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, นิพนธ์ ตั้งจรรย์วัฒน์. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานค่าใช้จ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565.
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10; 2565.
4. พชรา สมบูรณ์, ณัฐวรรณ ศรีสุข, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565;11(1):123-34.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดมุกดาหาร. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2565.
6. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานระดับชาติ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
7. Peters DH, Adam T, Tran NT. Implementation research: What it is and how to do it. BMJ 2023;376:e068575.
8. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B. RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. Front Public Health 2022;10:145-67.
9. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41:1149-60.
10. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report. Diabetes Educ 2023;49:45-62.
11. Chen L, Magliano DJ, Balkau B, Wolfe R, Shaw JE. Classification, epidemiology, and global burden of diabetes: Current perspectives. Nat Rev Endocrinol 2023;19:166-81.
12. พิชัย มณีสถิตย์. การสร้างแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2563;28(4):223-40.
13. สมชาย แก้วประเสริฐ. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564;35(3):67-89.
14. อิศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, นิรันดร์ ฤาละคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):285-98.
15. พชรินทร์ นินทจันทร์, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, วิจารณ์ สุวรรณไวพัฒนะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จของการจัดการตนเอง. วารสารการแพทย์เขตชนบท 2564;29(4):101-20.
16. พรทิพย์ วรชัย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเมือง. วารสารการแพทย์ชุมชน 2562;27(2):45-60.

17. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2023;45(4):1982-9.
18. Martinez Y, Campbell SM, Hann M, Bower P. The contribution of family support to diabetes self-management: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2023;106(3):542-55.
19. สมพร เกษรสิริ, วรณิ นิธิยานันท์, พัชรา ก้อนแก้ว. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(2):182-95.
20. ประภาศรี ทิพย์อุทัย, สมใจ นิมนวล, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2564;35(3):78-92.
21. Thompson SJ, Cochrane M, Palmer RC. Implementation of community-based interventions: A systematic review using RE-AIM framework. *J Community Health* 2023;48(2):312-25.
22. Wilson KM, Brady TJ, Lesesne C, MLCDD Group. An organizing framework for translation in public health: the Knowledge to Action Framework. *Prev Chronic Dis* 2023;20:E35.
23. วิภาพร สิทธิศาสตร์, สุพัตรา ศรีวิชชากร, พัทธวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดสกลนคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2565;31(4):678-91.
24. Lee JY, Chan CKY, Chua SS, Ng CJ. Effectiveness of digital interventions for improving glycemic control in patients with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2023;25(3):e41853.
25. นงลักษณ์ พรณพิสุทธิ์, กาญจนา จันทร์ไทย, วิไลพร รังควัต. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2565;40(3):89-103.