



วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

Journal of Hospital and Community Health Research

ISSN: 2985-0630 (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566
VOL.1 NO.2 May-August 2023



THAIJO



วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน Journal of Hospital and Community Health Research

Office: โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130
Tel: 042-483186 ต่อ 123
Fax: 042-483187
Mobile: 093-303406
E-mail: pthjohos@gmail.com
Website: <https://he03.tci-thaiio.org/index.php/pthio/index>

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสาขาวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจากรายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้นให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบาย วิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิจัย เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม

นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิทยาการวิจารณ์ความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯรับตีพิมพ์เฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ (Honorary Advisor)

นายแพทย์จรัส จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมพ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุภาพร สมิน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบริแมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.สีขาว เชื้อปรุง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภภัทร นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายบัน ยีรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรัชย์ กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.พชรวรรณ คูสกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนะบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
พญ.ภรณ์ พรวัฒนา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชการชำนาญการ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์ทิพย์ ฤทธิ์ฐิติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังชะฤกษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ภูแก้ว จ.อุดรธานี

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้ตัวย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อ เพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่น ปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณา ตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้ตัวย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อ เรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านล่างหน้าแรก

2. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุวัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือยคำ เป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

3. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

4. เนื้อหา (Text)

4.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างเอกสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์ทั่วไป(ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้างทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือเนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหา สั้นกะทัดรัด

4) วิจารณ์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากผลการวิจัยขั้นต้น ร่วมกับการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของเนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อรวมแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ(หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิก เป็นตัวยกในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหา โดยเรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้างอิง และไม่ควรใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ขีดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

4.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์,บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากจนเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งสำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ตามไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

4.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์(Chief complaint , CC) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล

- 3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค
- 4) ประวัติโรคเดิมผู้ป่วย(Past medical history, PMH)ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร
- 5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)
- 6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา
- 7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ(Systematic review and Physical examination)
- 8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)
- 9) การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) อาจทำเป็นproblem list
- 10) การวินิจฉัยโรคข้างต้น และการวินิจฉัยแยกโรค(Provisional diagnosis and differential diagnosis)
- 11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)
- 12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความฟื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคน จะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือข้อเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม

Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

บทบรรณาธิการ

(Editorial)

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ได้เปิดรับบทความเพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิชาการ งานวิจัย รวมทั้งข้อคิดเห็นอื่นๆที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ และการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่จะเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้พัฒนาองค์ความรู้และ เผยแพร่ผลงานทางวิชาการสาขาต่างๆ ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม โดยในช่วงปีแรกๆอาจจะยังมีหลายๆเรื่องที่ ต้องปรับปรุง ทั้งกระบวนการต่างๆภายในระบบเอง ซึ่งอาจจะทำการตีพิมพ์เผยแพร่ล่าช้าไปบ้าง แต่อย่างไรก็ดี ทางทีมบรรณาธิการของวารสาร จะได้ทำการปรับปรุงระบบการทำงานให้ดียิ่งขึ้นในโอกาสถัดไป

บรรณาธิการและกองบรรณาธิการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้าน สาธารณสุขต่อไป

ดร.กรภัทร อัจฉวานิชชากุล

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน

Contents

บทความวิจัย /Research article

- การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง หน่วยบริการใน
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ
ด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score : TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 71-82
Improving efficiency of fiscal management Service unit under Nong Khai Provincial
Public Health Office According to the criteria for assessing financial and fiscal efficiency
(Total Performance Score: TPS), Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public
Health.
ชญาภา อุปดิษฐ์, อัญชลีพร วุฒิเป็ก
Chayapa Upadit, Anchaleeporn Wuttipek
- ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.
ด้วยการแพทย์แผนไทย ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 83-94
: กรณีศึกษาโรงพยาบาลคลองหลวง
The Effect of Applying The health Behavior modification Program according to the 3E 2S
Guidelines With Thai Traditional Medicine on The control of Blood Sugar Levels in
Patients with Type 2 Diabetes : A case Study of a Khlongluang Hospital
ปภาวี พรหมสูงวงศ์, เนตรนรินทร์ พิศาลธนววงศ์, ชัยวัช สกวน, เจนจิรา คำคม, อัจฉรา คล้ายมี
Papawee Phromsungwong, Natenarin Pisanthanawong, Chaitawat Sanguan,
Jenjira Khamkom, Achara Klaimee
- ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ 95-111
Effects of the Motivation Program on lowering blood sugar Levels among
Uncontrolled Diabetic Persons
ทรายูทธิ์ บุญเจริญ
Tharayout Booncharoen

การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ
ด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score : TPS)
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Improving efficiency of fiscal management Service unit under Nong Khai Provincial
Public Health Office According to the criteria for assessing financial and fiscal
efficiency (Total Performance Score: TPS), Office of the Permanent Secretary,
Ministry of Public Health.

ชญาภา อุปดิษฐ์

Chayapa Upadit

อัญชลีพร วุฒิเป็ก

Anchaleeporn Wuttipek

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Nong Khai Provincial Public Health Office

(Received: 10 May 2023, Revised: 3 June 2023, Accepted : 5 June 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินประสิทธิภาพและวิเคราะห์
สถานการณ์การเงินการคลัง 2) พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา เป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับ
การเงินการคลังของโรงพยาบาล จำนวน 36 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกผลงาน
ด้านการเงินการคลัง ปีงบประมาณ 2562-2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ t – test (dependent samples)

ผลการศึกษา พบว่า มีหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมาก (Grade A) คิดเป็นร้อยละ 2.78, 8.33,
0.00 และ 2.78 ตามลำดับ สถานการณ์ทางด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงทางการเงินมากขึ้น อันมี
สาเหตุมาจากการมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายรับ จึงมีแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการ
คลังขึ้นโดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบการตรวจสอบการเงิน การคลัง การกำกับติดตาม
และประเมินผล เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้หรือความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานการบริหารการเงินการคลังก่อน
และหลังพัฒนา ฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งจากการพัฒนา
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังนั้น ส่งผลให้มีระบบที่ดีในการบริหารงานการเงินการคลัง
ให้มีคุณภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาประสิทธิภาพ, การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง, เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ชญาภา อุปดิษฐ์ **อีเมล :** chayapa5469@gmail.com

Abstract

This research is action research with the objectives to 1) Evaluate efficiency and analyze financial and fiscal situations. 2) Improve the efficiency of financial and fiscal management of service units under the Nong Khai Provincial Public Health Office. The sample consisted of 36 personnel responsible for the hospital's finances. Data collection by questionnaire and financial performance record form, fiscal year 2019-2022. Data were analyzed by descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation. and t-test (dependent samples).

The study found that there were health service units that were in a very good level (Grade A), accounting for 2.78, 8.33, 0.00 and 2.78 percent, respectively. The financial situation of hospitals under the Nong Khai Provincial Public Health Office poses greater financial risks. which is caused by expenses higher than revenues. Therefore, there is a guideline for improving the efficiency of fiscal management by developing personnel potential. Development of a system for fiscal auditing Monitoring and Evaluation. When comparing the perceptions or opinions towards the performance of financial and fiscal management before and after the development, it was found that there was a statistically significant difference at the .05 level. Improving the Efficiency of Fiscal Management Resulting in a better quality financial and fiscal management system.

Keywords : performance improvement, financial management quality, Performance Evaluation Criteria

Corresponding author : Chayapa Upadit **Email :** chayapa5469@gmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลรัฐบาลในสังกัดทั่วประเทศไทยจำนวนทั้งสิ้น 908 แห่ง⁽¹⁾ จัดระบบบริการภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นงบประมาณที่ได้และจัดให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนำไปบริหาร ประกอบกับวิธีการจัดงบประมาณแนวใหม่ ที่ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิประชาชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดงบประมาณอิงผลลัพธ์ (result-base budgeting our) แตกต่างไปจากงบประมาณในอดีตที่อิงกับปัจจัยนำเข้า (input-base budgeting) ในขณะเดียวกันก็เป็นการกระจายความเสี่ยงในการบริหารงบประมาณให้แก่หน่วยบริการระดับพื้นที่อีกด้วย⁽²⁾ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการบริหารจัดการจัดสรรเงินงบประมาณให้โรงพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่างจากเดิม เช่น การจ่ายเงินแก่หน่วยบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยใช้วิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณแบบปลายปิด (global budget) ด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวคูณด้วยจำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบประมาณ เป็นผลให้โรงพยาบาลหลายแห่งที่มีประชากรน้อย และมีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากได้รับผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว ส่งผลต่อสภาพคล่อง

และบัญชีกำไร-ขาดทุน ตามระบบบัญชีแบบเกณฑ์คงค้างทั้งสิ้น⁽³⁾ จากรายงานสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลในกำกับกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งประสบปัญหาด้านการเงินการคลัง โดยขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งบางแห่งเกิดวิกฤตทางการเงินอย่างหนัก ซึ่งในปี 2561 มีโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 48 แห่ง ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินในระดับ 7⁽⁴⁾ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัด ด้านการเงินการคลัง โดยกำหนดร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4⁽⁵⁾ เป็นต้น แม้ว่างบประมาณภาครัฐที่ให้กับกระทรวงสาธารณสุขจะเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่าหลายหน่วยบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังประสบปัญหาการเงินอันเกิดจากสาเหตุในหลาย ๆ ปัจจัยด้วยกัน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาวิกฤตทางการเงินการคลัง โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐให้มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย⁽⁶⁾ จะเห็นวาระบบการเงินการคลังทางด้านสุขภาพ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ เพราะเป็นงานที่เอื้ออำนวยสนับสนุนให้งานอื่น ๆ ให้สามารถดำเนินงานไปสู่เป้าหมายสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี⁽⁷⁾

เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชน และในด้านคุณภาพการจัดทำบัญชียังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังยังไม่เพียงพอทำให้โรงพยาบาลรัฐบาลหลายแห่งประสบปัญหาภาวะความอยู่รอดของโรงพยาบาล โดยมีสภาพคล่องทางการเงินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีภาระหนี้สินค้างจ่ายจำนวนมาก และทำให้เกิดวิกฤตทางการเงินอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน⁽⁸⁾ จากการสำรวจสถานการณ์ทางการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ในช่วงระหว่างปี 2562-2565 พบว่า มีหน่วยบริการมีระดับวิกฤตทางการเงินมีความรุนแรงสูงสุดอยู่ที่ระดับ 6 คิดเป็นร้อยละ 11.11 ระดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 22.22 ตามลำดับและจากผลการประเมินวิกฤตทางการเงิน (Risk Score) ปีงบประมาณ 2562-2565 พบว่า โรงพยาบาลที่มีวิกฤตทางการเงินระดับ 4-6⁽⁹⁾ ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานที่ด้อยประสิทธิภาพ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาในการจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพของหน่วยบริการแต่ละแห่ง ซึ่งคาดว่าจะอาจจะประสบปัญหาด้านการเงินการคลัง ในโอกาสถัดไปภายใน 6 เดือน ถ้าหากไม่มีการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งก็คาดว่าจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตการเงินระดับ 7 ได้ต่อไป ที่ผ่านมาจะเห็นว่า หน่วยบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินรุนแรง ระดับ 7 ในหลายแห่งและส่วนใหญ่ ร้อยละ 96 ของโรงพยาบาลที่ขาดทุนและประสบปัญหาวิกฤตการเงินเป็นโรงพยาบาลชุมชน⁽¹⁰⁾ นับได้ว่าการบริหารการเงินการคลังนับว่าเป็นเครื่องมือ ที่สำคัญในการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนที่มีฐานะแตกต่างกันในสังคมไทย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทำให้บริการสุขภาพที่จำเป็น

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ครอบคลุมทุกระบบในการบริหารการเงินการคลัง และเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการที่จะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดของรัฐฯ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score : TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้น ทั้งนี้ เพื่อที่จะได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาให้ระบบการบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ อันจะก่อประโยชน์ให้กับประชาชนได้สูงสุด ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินประสิทธิภาพและวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง 2) พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (action research) เพื่อศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score : TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีขั้นตอนการทำงานออกเป็น 3 ระยะด้วยกัน คือ ระยะที่ 1 เป็นการเตรียมการวิจัย เพื่อศึกษาสถานการณ์และรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่าง ๆ ภายใต้สังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการวิจัย มีการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การติดตามและประเมินผล (Observe) การสะท้อนกลับ (Reflect) ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ใช้ระยะเวลาทำการศึกษา 4 สัปดาห์ ในเดือนเมษายน 2566

ประชากรที่ใช้ในศึกษา คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดหนองคาย โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จำนวน 9 แห่ง ๆ ละ 4 คน ประกอบด้วย นักบัญชี เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และเจ้าหน้าที่คลังยา จำนวน 36 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 2 ปี เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลจากบันทึกรายงานการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) สถานการณ์การเงินของหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขทั้ง 9 แห่ง ในจังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปี 2562-2565

2) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง

2. แบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Total Performance Score)⁽¹¹⁾ ที่สอดคล้องกับ 5 มาตรการ 10 เครื่องมือ ใน 6 หัวข้อต่อไปนี้ :

- 1) การบริหารแผน Plan Fin: ประเมินผ่านแผน-ผล ในช่วง $\pm 5\%$ (รายได้และรายจ่าย) (2 คะแนน)
- 2) การบริหารต้นทุน: Unit Cost ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. (2 คะแนน)
- 3) การบริหารค่าใช้จ่าย: ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR (2 คะแนน)

- (1) LC ไม่เกินค่ากลาง ค่าแรง (0.5 คะแนน)
- (2) MC ไม่เกินค่ากลาง ค่ายา (0.5 คะแนน)
- (3) MC ไม่เกินค่ากลาง ค่าค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ (0.5 คะแนน)
- (4) MC ไม่เกินค่ากลาง ค่าเวชภัณฑ์มีชีวะและวัสดุการแพทย์ (0.5 คะแนน)

- 4) Productivity ที่ยอมรับได้ (2 คะแนน)

4.1 อัตราครองเตียง > 80 %

4.2 CMI เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.

5) การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน 7 ด้าน (Risk Score Plus) EBITDA, รายได้ 3 กองทุนหลัก, บริหารสินทรัพย์ถาวร, บริหารหนี้สินและวัสดุคงคลัง ผ่าน 4 ใน 7 ด้าน (1 คะแนน)

- 6) คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น (1 คะแนน)

3.แบบสอบถามการรับรู้หรือมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ใช้ระดับการวัดรายข้อเป็นมาตรวัดอันดับแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ การรับรู้หรือมีความคิดเห็นมากที่สุด การรับรู้หรือมีความคิดเห็นมาก การรับรู้หรือมีความคิดเห็นปานกลาง การรับรู้หรือมีความคิดเห็นรับรู้น้อย การรับรู้หรือมีความคิดเห็นน้อยที่สุด ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุม ความตรงของเนื้อหา และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่นแบบสอบถามเท่ากับ 0.79

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ระยะที่ 1 เตรียมการ โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2565 มาวิเคราะห์แนวโน้ม ทิศทางทางด้านสถานการณ์ทางการเงินการคลังของแต่ละหน่วยบริการ ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนวิธีการดำเนินงานในปัจจุบัน สังเคราะห์หาแนวทางในการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- 1) กำหนดแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทในการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ
- 2) ชี้แจงเป้าหมายและตัวชี้วัดในการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์คุณภาพ 5 ตัวชี้วัด⁽¹²⁾ และแนวทางการปฏิบัติงานการเงินการคลังของโรงพยาบาล
- 3) การพัฒนาคุณภาพบัญชี จัดทำแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่ายหรือแผนทางการเงินและพัฒนาข้อมูลข่าวสารด้านการเงินการคลัง

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย โดยปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ ดำเนินกิจกรรมบริหารการเงินการคลังให้มีคุณภาพ ในด้านการพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (internal control)

ด้านการพัฒนาคุณภาพบัญชี (accounting audit) ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial management) และด้านการพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (unit cost) โดยให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผนให้มีคุณภาพ โดยการเพิ่มรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่าย หรือแผนทางการเงิน (ผ่านโปรแกรม Plan fin) ประเมินตนเองตามแนวทางประเมินคุณภาพบัญชีและประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลัง จากนั้นดำเนินกิจกรรมพัฒนางานตามสถานการณ์และสภาพปัญหาของโรงพยาบาล การเพิ่มศักยภาพทีม audit ให้มีความเข้มแข็งและให้แต่ละโรงพยาบาล ดำเนินงานการพัฒนากิจกรรมการบริหารการเงินการคลังของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ 1) คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับพื้นที่ดำเนินการตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินการคลัง ภาวะวิกฤตทางการเงินการคลัง และสรุปรายงานทางการเงินนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลทุกเดือน 2) นำเสนอข้อมูลทางการเงินการคลังต่อคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลทุกไตรมาส เป็นต้น

ระยะที่ 3 ประเมินผล จากการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด และมีการนิเทศติดตาม ตรวจสอบประเมินการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลทุกแห่ง ทุกปี ๆ ละอย่างน้อย 1 ครั้ง หากโรงพยาบาลที่มีภาวะวิกฤตระดับหรือเสี่ยงต่อการเกิดวิกฤตทางการเงินการคลังในระดับ 4-6 จะออกนิเทศติดตามปีละ 2 ครั้ง หรือมากกว่าตามความจำเป็น รวมทั้งประเมินผลตามตัวชี้วัดการดำเนินงานเป็น KPI ranking ของโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น มีการสะท้อนผลการบริหารจัดการการเงินการคลัง ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาที่ยังพบอยู่เพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุ หรือสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติทดสอบ t-test (dependent samples)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ – (พิเศษ) เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2566

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1.การประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) และการเปรียบเทียบการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ในโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง พบว่า หน่วยบริการที่มีผลการประเมินระดับคะแนนดีมาก (Grade A) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังนี้ ปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 2.78 ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 8.33 และ ปีงบประมาณ 2564 มีผลการ

ประเมินระดับคะแนนดีมาก (Grade A) ลดลง เป็นร้อยละ 0.00 และปีงบประมาณ 2565 เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 2.78 หน่วยบริการที่มีผลการประเมินในระดับคะแนนดี (Grade B) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระหว่างปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 8.33 และปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 11.11 แต่กลับมีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 5.65 และปีงบประมาณ 2565 กลับมีผลการประเมินเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 11.11 หน่วยบริการที่มีผลการประเมินระดับคะแนนพอใช้ (Grade C) จะเห็นได้ว่าระดับคะแนนพอใช้ (Grade C) แนวโน้มอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ระหว่างปีงบประมาณ 2562-2563 คิดเป็นร้อยละ 19.44 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นร้อยละ 38.89 หน่วยบริการที่มีผลการประเมินระดับคะแนนต้องปรับปรุง (Grade D) มีแนวโน้มที่ใกล้เคียงกัน คือปีงบประมาณ 2562 คิดเป็นร้อยละ 30.65 และปีงบประมาณ 2563 คิดเป็นร้อยละ 22.22 แต่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นระหว่างปีงบประมาณ 2564 คิดเป็นร้อยละ 38.89 ส่วนในปีงบประมาณ 2565 กลับมีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 2.22 หน่วยบริการที่มีผลการประเมินระดับคะแนนไม่ผ่าน (Grade F) มีแนวโน้มใกล้เคียงกันระหว่างปีงบประมาณ 2562-2563 คิดเป็นร้อยละ 38.89 และปีงบประมาณ 2564 คิดเป็นร้อยละ 32.05 แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 41.67 ส่วนในปีงบประมาณ 2565 กลับมีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 25 ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ในโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง

ปี พ.ศ.	ระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง				
	Grade: A	Grade: B	Grade: C	Grade: D	Grade: F
2562	2.78	8.33	19.44	30.65	38.89
2563	8.33	11.11	19.44	22.22	38.89
2564	0.00	5.56	13.89	38.89	41.67
2565	2.78	11.11	38.89	2.22	25.00

2. สถานการณ์ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ทั้งหมด 9 แห่ง ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงทางการเงิน เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า โรงพยาบาล ที่มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio : CR) สูงที่สุดคือ โรงพยาบาลหนองคาย คิดเป็นอัตรา 4.14 เท่า ส่วนโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนน้อยที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ คิดเป็นอัตรา 0.72 เท่า ส่วนโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) สูงที่สุดคือ โรงพยาบาลหนองคาย 3.77 เท่า น้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ คิดเป็น 0.61 เท่า โรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (Cash ratio : CR) สูงที่สุดคือ โรงพยาบาลหนองคาย 2.61 เท่า น้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ 0.21 เท่า โรงพยาบาลที่มีทุนสำรองสุทธิตามที่สุดคือ โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 422 ล้านบาท น้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน -69.25 ล้านบาท

และโรงพยาบาลที่มีกำไรสุทธิ (รวมค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย) มากที่สุดคือโรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 155.88 ล้านบาท น้อยที่สุดคือโรงพยาบาลเฝ้าไร่ จำนวน -4.11 ล้านบาท แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (ปี 2562- 2565)

โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	Capacity group	CR	QR	Cash	NWC (ล้านบาท)	NI + Depreciation (ล้านบาท)	LI	SS	SI	RS
รพ.หนองคาย	429	S	4.14	3.77	2.61	422.00	155.88	0	0	0	0
รพ.โพนพิสัย	109	F1	1.69	1.50	0.66	36.27	20.00	2	0	0	2
รพ.ศรีเชียงใหม่	32	F2	1.18	1.06	0.48	3.18	6.30	3	0	0	3
รพ.สังคม	40	F2	1.42	1.23	0.64	7.89	9.97	2	0	0	2
รพ.ท่าบ่อ	251	M2	0.72	0.61	0.21	69.25	72.86	3	1	2	6
รพ.สระใคร	28	F3	2.98	2.78	1.97	20.93	6.81	0	0	0	0
รพ.โพธิ์ตาก	16	F3	1.08	1.00	0.50	1.12	8.56	3	0	0	3
รพ.เฝ้าไร่	30	F2	1.96	1.77	1.29	25.41	4.11	1	1	0	1
รพ.รัตนวาปี	36	F3	1.76	1.56	0.80	9.02	4.25	1	0	0	1

3. ผลการประเมินการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดหนองคาย จากการรับรู้และความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ด้านบริบทและสภาพแวดล้อมก่อนพัฒนาฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($X=3.88$, $S.D.=0.82$) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง ($X=3.04$, $S.D.=0.50$) ด้านกระบวนการบริหารการเงินอยู่ในระดับมาก ($X=4.04$, $S.D.=0.64$) หลังการพัฒนาฯ ด้านบริบทและสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ($X=4.19$, $S.D.=0.36$) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมาก ($X=3.50$, $S.D.=0.32$) ด้านกระบวนการบริหารการเงินอยู่ในระดับมาก ($X=4.31$, $S.D.=0.22$) และเปรียบเทียบการรับรู้หรือความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่าง ๆ ก่อนและหลังพัฒนาฯ พบว่า ทั้ง 3 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้และความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล (n=36)

การรับรู้และความคิดเห็น ต่อการปฏิบัติงานการ บริหารการเงินการคลัง	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	
ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม	3.88	0.82	ปานกลาง	4.19	0.36	มาก	0.021*
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.04	0.50	ปานกลาง	3.50	0.32	มาก	0.011*
ด้านกระบวนการบริหาร การเงินการคลัง	4.04	0.64	มาก	4.31	0.22	มาก	0.006*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

การประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) จากประเมินคะแนนระดับดีมาก (Grade A) และระดับดี (Grade B) มีหน่วยบริการได้คะแนนเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564 มีผลการประเมินร้อยละ 5.56 เป็นคะแนนประเมินในปี 2565 ร้อยละ 13.89 และมีผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินคะแนนระดับพอใช้ (Grade C), คะแนนระดับต้องปรับปรุง (Grade D) และคะแนนระดับไม่ผ่าน (Grade F) มีหน่วยบริการได้คะแนนประเมินประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 94.44 มีผลคะแนนที่ไม่ผ่านการประเมินลดลงในปี 2565 ร้อยละ 86.11 จะเห็นว่า ผลการประเมินคะแนนระดับดีมาก (Grade A) ลดลงในปีงบประมาณ 2564 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปีงบประมาณ 2565 สืบเนื่องมาจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 (COVID-19 ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา ที่ทำให้หน่วยบริการต่าง ๆ ต้องให้บริการรักษาประชาชนผู้มารับบริการเป็นหลัก ดังนั้น อาจจะไม่มีการวางแผนทางการเงิน รวมทั้งการควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรการ 5 มาตรการ ที่ตรงตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์⁽¹³⁾ พบว่า แนวทางการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ครบทุกมิติ สอดคล้องกับการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง 5 มาตรการที่สะดวกต่อการใช้งาน รวมทั้งสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการให้รางวัลด้วยการจัดสรรเงินเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพระดับดีมาก (Grade A) และจากการจัดกิจกรรมพัฒนาให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังได้เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับเงื่อนไขต่าง ๆ ในการบริหารการเงินการคลังนั้น ทำให้การทำงานถูกต้องตรงตามมาตรฐานตัวชี้วัด ประกอบกับการใช้ระบบโปรแกรมติดตามในรูปคณะทำงานในระดับจังหวัดที่รวดเร็ว ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความมั่นคงทางระบบการเงินการคลังแต่ละหน่วยบริการมากขึ้นเป็นลำดับ

สถานการณ์การเงินการคลังในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดหนองคาย มีอัตราส่วนทางการเงินผ่านเกณฑ์ที่กำหนดบ้างบางแห่ง โดยประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ได้รับจากอัตราส่วนทุนหมุนเวียน อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน ทุนสำรองสุทธิ กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายทั้งหมด ระยะเวลาทุนหมุนเวียน หรือดัชนีความอยู่รอดและด้านอื่น ๆ จะเห็นว่าการมีทีมบริหารการเงินการคลังในระดับจังหวัด ได้มีส่วนเข้าไปช่วยเหลือและให้การสนับสนุนให้คำปรึกษาในการวางแผนในการจัดการกับระบบการเงินการคลังภายในโรงพยาบาล ประกอบกับการนำโปรแกรม Plan fin มากำกับติดตามสถานะการเงินการคลัง ทำให้ทราบสถานการณ์การเงินการคลังมากขึ้น ดังนั้น เมื่อเกิดความเสี่ยงและมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดวิกฤต จะสามารถประสานงานและร่วมมือจัดการปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ระบบการเงินการคลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของชุมพล นุชผ่อง และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งศึกษากลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงต่อความมั่นคงด้านการเงินการคลังในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ พบว่า การกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะการหารายได้และควบคุมรายจ่ายและมีระบบติดตามบริหารจัดการ ที่รวดเร็วเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างประสิทธิภาพและสร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังในโรงพยาบาลชุมชน

หลังจากการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังให้กับผู้ปฏิบัติงานทางด้านนี้โดยตรง พบว่าการรับรู้และความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในด้านบริบทและสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า รวมทั้งด้านกระบวนการบริหารการเงินโดยรวมจะอยู่ในระดับมากเช่นกัน และเปรียบเทียบการรับรู้หรือความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่าง ๆ ก่อนและหลังพัฒนาฯ พบว่า ทั้ง 3 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อันเป็นผลมาจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่จะให้มีคุณภาพ ต้องเฝ้าระวัง ตลอดจนกิจกรรมที่ดำเนินการในการป้องกันและลดปัญหาทางการเงินการคลัง รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ผู้ปฏิบัติและการสนับสนุนการดำเนินงานแก่หน่วยบริการ เพื่อเป็นการพัฒนาการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลให้ดีขึ้นที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนตามกระบวนการ PDCA ได้แก่ การบริหารแผน การประเมินประสิทธิภาพ การประเมินขบวนการ และการเฝ้าระวัง ในการดำเนินการพัฒนาประสิทธิภาพและการบริหารจัดการการเงินการคลังเพื่อใช้ในการวางแผนทางการเงินการคลัง พัฒนาระบบควบคุมภายใน คุณภาพบัญชีและประเมินประสิทธิภาพได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มความสะดวกและความคล่องตัวให้ คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) รวมถึงให้ผู้บริหารประกอบการตัดสินใจในการบริหารการเงินการคลัง นำไปสู่การพัฒนาไปสู่ข้อปฏิบัติที่ดี⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับปาหนัน กนกวงศานุวัฒน์⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่ารูปแบบของการบริหารจัดการการเงินการคลังมีส่วนในการพัฒนางานในโรงพยาบาล ทั้งด้านโครงสร้าง การบริหารงานและกระบวนการภายใน เป็นวงจรต่อเนื่องให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งนี้ ในการบริหารการเงินการคลังนั้น อาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ การฝึกอบรม ให้มีความรู้ความเข้าใจในด้านนโยบายการบริหารจัดการการเงินการคลัง การเพิ่มทักษะในการเงินการคลัง หรือระบบบัญชี รวมถึงการพัฒนาบุคคลให้มีความรู้มากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง มีส่วนสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการสุขภาพระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่า บางหน่วยบริการยังบริหารการเงินการคลังยังอยู่ในระดับไม่ดีนัก ทั้งนี้ อาจเกิดจากภารกิจหลักของโรงพยาบาล คือ การจัดบริการด้านสุขภาพที่ต้นทุนบริการต่อหัวประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งการบริหารการเงินการคลังเป็นศาสตร์อีกแขนงหนึ่งที่ผู้บริหารและคณะกรรมการ

บริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลต้องใช้เวลาเรียนรู้ทำความเข้าใจ ดังนั้น จึงควรมีการเพิ่มพูนทักษะทางด้านการเงินการคลังและด้านระบบบัญชีกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกปี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรยกระดับการฝึกระวังติดตามให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งปรับปรุงภาระงานระบบการทำงานของบุคลากรที่ทำหน้าที่บริหารการเงินการคลังให้มีความเชื่อมโยงบทบาทกับคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังในระดับพื้นที่ และระดับจังหวัดร่วมด้วย

2. ควรเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสื่อสารข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้องจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติงานให้เข้าใจอย่างถูกต้อง เพื่อสร้างความร่วมมือในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขหนองคาย คณะผู้บริหารรวมทั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตลอดจนคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการที่กรุณาเป็นอาสาสมัครในการให้ข้อมูล จนการวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและมอบความดีให้แก่บุคลากรที่ได้อบรมสั่งสอน ปลุกฝังความดี ความขยันหมั่นเพียร มานะ อดทน และให้กำลังใจมาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0>
2. อภิชาติ อยู่สำราญ. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ.; 6(2): 184-198.
3. พิทักษ์พล บุญยมาลิก, ธิดาจิต มณีวัต. แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2564;15(4): 477-489.
4. จีระพร ลาสุด, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 30(1): 523-531.
5. ปริญญา ทนคำ และ จินตนา จันทร์ดี. การประเมินและข้อเสนอแนะการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลที่เคยประสบภาวะวิกฤติทางการเงินรุนแรง ระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.nno.moph.go.th/nanhealth/index.php/news/int-news/item/download/5692_ceb071cbb1d2a0cbf95650f720813365

6. เจษฎา โชคดำรงสุข. สถานะการเงินของโรงพยาบาล ไตรมาส 2. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก
[www.matichon.co.th/local/quality life/news_948159+&cd=17&hl=th&ct=clnk&gl=th](http://www.matichon.co.th/local/quality%20life/news_948159+&cd=17&hl=th&ct=clnk&gl=th)
7. พิเชษฐ เพชรตุ้ม. การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินโรงพยาบาลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2557 –2561. วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ.; 2(4):77-90.
8. วิมลมาศ รวิสุวรรณ, ปานฉัตร อาการักษ์, จิรภา ศักดิ์กิตติมาลัย. การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ภาระหนี้สิน และความสามารถในการอยู่รอดของโรงพยาบาลรัฐบาล ในจังหวัดเชียงราย. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ 2563;13(1): 188-138.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานประจำปี 2565. หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย; 2565.
10. กระทรวงสาธารณสุข. Key Performance Indicators: ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค.2565]. เข้าถึงได้จาก
<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=1480>
11. ดนุภพ ศรศิลป์ น้ำค้าง บวรกุลวัฒน์. แนวทางการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง หน่วยบริการ สป. สธ. โดยใช้ Total Performance Score (TPS). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก
https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20181220145755.pdf.
12. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. นนทบุรี: สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข; 2559
13. น้ำค้าง บวรกุลวัฒน์. การศึกษาแนวทางการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) หน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2565
14. ชุมพล นุชผ่อง, สมอาจ วงษ์ชมทอง, จันทรจิรา วงศ์ชมทองและเนตรชนก ศรีทุมมา. กลยุทธ์การเงินของผู้บริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลอุดรดิตถ์: 9 (1); 1–11, 2560.
15. ธนียา เหลี่ยมพงศาพุทธิ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลัง ของโรงพยาบาล จังหวัดลำปาง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563; 2(2): 15–169.
16. ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์. รูปแบบการบริหารโรงพยาบาล ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน โรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php /ppkjournal /article/view/68468/55744>

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.
ด้วยการแพทย์แผนไทย ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
: กรณีศึกษาโรงพยาบาลคลองหลวง

The Effect of Applying The health Behavior modification Program according to the
3E 2S Guidelines With Thai Traditional Medicine on The control of Blood Sugar
Levels in Patients with Type 2 Diabetes
: A case Study of a Khlongluang Hospital

ปภาวี พรหมสูงวงศ์ พทป.บ

Papawee Phromsungwong, (B.ATM)

เนตรนรินทร์ พิศาลธวัช พทป.บ

Natenarin Pisanthanawong, (B.ATM)

ชัยวัช สวง พท.บ

Chaitawat Sanguan, (B.TM)

เจนจิรา คำคม พทป.บ

Jenjira Khamkom, (B.ATM)

อจรรดา คล้ายมี พย.บ

Achara Klaimmee, (B.N.S)

โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

Khlongluang Hospital, Pathum Thani Province

(Received: 10 May 2023, Revised: 12 July 2023, Accepted : 28 August 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (One Group Pre – Post Test Design) เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาทั้งหมด 3 ประเด็น คือ ความรู้รอบด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมไปถึงค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหาร A1C เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ คำแนะนำ และการให้คู่มือเสริมความรู้ด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ อาหารพื้นบ้านสมุนไพรที่ถูกต้อง ผ่านการสาธิตและการฝึกปฏิบัติทำถาดตัดต้น การผ่อนคลายความเครียดด้วยอบไอน้ำสมุนไพร การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มสุราด้วยสมุนไพร ใช้เวลาดำเนินการการศึกษาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้รอบด้านสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. เพิ่มขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด (HbA1C) ลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ตามแนวทางของการแพทย์แผนไทยแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน, โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, แนวทาง 3อ.2ส., การแพทย์แผนไทย

ติดต่อผู้พิมพ์ : ปภาวี พรหมสูงวงศ์ อีเมล : prapawee.attm@gmail.com

Abstract

This study was a quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design. To study the effect of applying the health behavior modification program according to the 3E 2S guidelines with Thai traditional medicine in patients with type 2 diabetes. The study had 3 issues, namely the knowledge of health, the behavior-based health to control blood sugar levels according to 3E 2S guidelines, including to fasting blood sugar (FPG) and hemoglobin A1c (HbA1c) in 30 volunteers were selected by purposive sampling. The subjects were given an education, advice and got the knowledge manual about Thai traditional medicine together with recording health behaviors, traditional herbal food, demonstration and practice of Ruesi-dudton-stretching exercise, the way to relieve stress with herbal steam, the way to avoid smoking and drinking with herbs. The total duration of the study was 12 weeks. Data were analyzed by descriptive statistics comprising frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test.

The results showed that after participating in the program, the volunteers had higher mean score of health literacy and health behavior according to 3E 2S, including had lower mean score of fasting blood sugar (FPG) and hemoglobin A1c (HbA1c) that were statistically significant difference at the 0.05 level. Research indicates that the sample participants according to guidelines 3E 2S with Thai traditional medicine had realized to look after their health by themselves and can control their blood sugar levels better which can prevent the complications of diabetes progression.

Keyword : Diabetes patients, The health behavior modification program, 3E 2S guidelines, Thai traditional medicine

Corresponding author : Papawee Phromsungwong **E-mail:** papawee.attm@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคเบาหวาน ถือว่าเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกได้ให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมอย่างเร่งด่วน และเป็นหนึ่งในสี่โรคหลักของยุทธศาสตร์โลก เพราะเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 38 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปีหรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 16 ล้านคนและอยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 70 ปี หรือเรียกว่าเป็นการตายก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง⁽¹⁾ จากการสำรวจข้อมูลผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20-79 ปี ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงถึง 415 ล้านคน เป็นเพศชาย จำนวน 215 ล้านคน และเพศหญิง จำนวน 199.5 ล้านคน มีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่อีก จำนวน 318 ล้านคน และคาดว่าจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2588 ถึงจำนวน 642 ล้านคน⁽²⁾ และพบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่พบมากที่สุดในการบรรดาผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด⁽¹¹⁾ จากข้อมูลภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น ซึ่งสหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน⁽³⁾ จากการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าสุขภาพของคนไทยป่วยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9⁽⁴⁾

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงระบุให้โรคเบาหวานเป็นอีกโรคหนึ่งที่จะต้องให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี⁽¹⁶⁾ โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ และหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปอดประสาท และเท้า เป็นต้น⁽¹²⁾ ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่บุคคลสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน หากพร้อมการปฏิบัติโดยบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม และขาดการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายน้อยทำให้เกิดภาวะอ้วนส่งผลให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น⁽⁵⁾

การรักษาโรคเบาหวานนั้นเป็นการรักษาที่มุ่งเน้นการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่าที่ใกล้เคียงภาวะปกติ ทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งพบว่าการควบคุมการรับประทานอาหารนั้นสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 70⁽⁶⁾ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์นั้น เป็นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตดีใกล้เคียงภาวะปกติ การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตก่อนการให้ยาหรือพร้อมกับการเริ่มยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด⁽⁹⁾ และผู้ป่วยต้องมีการใส่ใจในการควบคุมระดับน้ำตาลต่อเนื่องในระยะยาวนั้นส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและภาระของประเทศ เนื่องจากยารักษาโรคเบาหวานมีราคาค่อนข้างสูง รัฐบาลจึงมีนโยบายเพื่อสนับสนุนงานวิจัยเพื่อนำศาสตร์การแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทยที่มีการใช้ดูแลรักษาสุขภาพมานานนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ทางด้านสุขภาพในการบริการสาธารณสุขเพื่อ

ใช้ควบคู่กับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ยังคงพบว่ายังมีความรู้และพฤติกรรมการรับประทานสมุนไพร และผักพื้นบ้านไม่ถูกต้อง⁽¹⁰⁾

สำหรับในจังหวัดปทุมธานี มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและมารับบริการ มีจำนวนทั้งหมด 46,623 คน อยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองปทุมธานีมากที่สุด 12,179 คน รองลงมาคือพื้นที่อำเภอลองหลวง 9,715 คน นอกนั้นอยู่ในพื้นที่อำเภออื่น ๆ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหลวง มีจำนวน 3,818 คน จากสถิติผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลคลองหลวง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 1,050 1,070 1,183 และ 1,091 รายตามลำดับ จะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับโรงพยาบาลคลองหลวงเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของสถานบริการสุขภาพในอำเภอดังนั้น จึงต้องรองรับการให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จากสถานบริการทุกแห่งในเครือข่าย⁽⁷⁾ จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคภัยไข้เจ็บให้ลดลงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกิดความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง และมีความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งก็เท่ากับว่าเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล และเป็นการรักษาสุขภาพตนเอง ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น จะส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้ต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีต่อความรู้เรื่องพฤติกรรมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร(FPG) และค่าระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (Hemoglobin A1C;HbA1C)

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (One Group Pre – Post Test Design) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย กิจกรรมของโปรแกรมทั้ง 5 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โรงพยาบาลคลองหลวง ให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ จำนวน 3,818 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้มาด้วยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน โดยอาศัยเกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ เพศชายและหญิง อายุ 40-65 ปี เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลโดยการรับประทานยาอย่างเดียวและมีระดับน้ำตาลในขณะอดอาหารช่วง 140-170 มก./ดล. ในช่วงระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีอาการอื่นหรือโรคที่รุนแรง สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำระหว่างที่ทำการศึกษา และสามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ ในระหว่างการศึกษามีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคร่วม เช่น มีค่าความดันโลหิตสูง (มากกว่า 130/85 มม.ปรอท) โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต โรคไทรอยด์ โรคเมรังค์ที่อยู่ในระหว่างการให้เคมีบำบัด และมีประวัติแพ้ยาสมุนไพร เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ อยู่ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นหรือไปรับการรักษาด้วยวิธีอื่นในระหว่างที่เข้าร่วมโครงการ เช่น การรับประทานสมุนไพร เข้าร่วมโปรแกรมอื่น เป็นต้น ไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามแผนวิจัย 2 ครั้งขึ้นไป เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบวัดที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน (Structured Questionnaire) ที่ผ่านการพัฒนาจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561⁽⁸⁾ โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส คือ ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ซึ่งประกอบ 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส เป็นข้อคำถามแบบถูกผิดมี 4 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ ระหว่าง 0.22-0.94 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.53-0.89 และค่าความเชื่อมั่น KR20=0.516

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ 2ส รวม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความถี่ของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงทำประจำให้ 5 คะแนน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total Correlation) หรือค่า r อยู่ระหว่าง 0.482-0.676 และค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha)=0.650- 0.788

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ เป็นการประเมินค่า 4 ระดับตั้งแต่การตัดสินใจที่ไม่ดีต่อสุขภาพตนเอง และผู้อื่นให้ 1 คะแนน จนถึงการตัดสินใจที่ดี และถูกต้องที่สุดให้ 4 คะแนน มีค่าอำนาจจำแนก รายข้อ (Item-Total Correlation) หรือค่า r อยู่ ระหว่าง 0.405-0.451 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ=0.602

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ไม่เคย ปฏิบัติให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกวันให้

5 คะแนน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total Correlation) หรือค่า r อยู่ระหว่าง 0.353-0.529 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ = 0.673

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วยการเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 5 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

- กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบัน กิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ สร้างความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง มีการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารที่บ้านสมุนไพร การบริหารตนเองในท่าฤๅษีดัดตน การผ่อนคลายความเครียดด้วยอบไอน้ำสมุนไพร การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุราด้วยสมุนไพร และได้รับคู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

- กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย นำเสนอแนวทางการปฏิบัติตนนำเสนอการรับประทานอาหารที่บ้านสมุนไพรที่ถูกต้อง นำเสนอการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและสมุนไพร การฝึกปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหารที่บ้านสมุนไพร และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกิจกรรมของสัปดาห์ที่ผ่านมา

- กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 90 นาที การนำเสนอวิธีการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารฤๅษีดัดตนที่ถูกต้อง เหมาะสมกับตนเองพร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการ อบไอน้ำสมุนไพร ประกอบด้วย ผิวมะกรูด หอมแดง ตะไคร้ เปลือกส้ม เป็นต้น พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ และวิธีการลด ละ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ด้วยการยกตัวอย่างสมุนไพร เช่น หน้าดอกขาว โปรงฟ้า รางจืด เป็นต้น การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสัปดาห์ที่ผ่านมา

- กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5-8 ครั้งละ 15-20 นาที การให้สุขศึกษารายบุคคลด้วยกิจกรรมเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยการให้สุขศึกษารายบุคคลด้วยกิจกรรมเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติตามการรับประทานอาหารที่บ้านสมุนไพร การบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตน วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการอบไอน้ำสมุนไพร การและสอบถามวิธีการลด ละ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติ และการใช้คู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ พร้อม แก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อปฏิบัติได้เป็นประจำ

- กิจกรรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 12 ระยะเวลา 90 นาที ประเมินหลังการทดลองโดยตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน คือ ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ซึ่งเป็นชุดเดียวกับก่อนการทดลอง การตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) และค่าระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (Hemoglobin A1C; HbA1C)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ทางสถิตินำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($P < 0.05$) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเปรียบเทียบผลของโปรแกรม ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพจากการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้โปรแกรมวิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์กัน (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2564/015 ซึ่งก่อนการดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดถึงข้อมูลจากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษามาในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทยทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 86.67 เพศชาย ร้อยละ 13.33 มีอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 และลักษณะงานหลักที่ทำในชีวิตประจำวัน ไม่ได้มีอาชีพ ร้อยละ 36.67 เป็นต้น

2. ข้อมูลระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับ พอใช้ แต่ภายหลังเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ. 2ส อยู่ในระดับ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. รายองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ แต่ภายหลังเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับดี แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (N=30)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม(N=30)		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.47	0.97	ไม่ถูกต้อง	4.13	0.94	ถูกต้องบ้าง
2 เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	7.77	2.06	ดี	8.23	1.57	ดีมาก

ต่อตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (N=30)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม(N=30)		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
3 การสื่อสารสุขภาพ	10.03	1.40	พอใช้	10.77	1.36	ดี
4 การจัดการตนเอง	9.63	2.74	พอใช้	10.90	2.19	ดี
5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	6.63	2.27	พอใช้	7.70	1.34	ดี
6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	10.10	0.92	ดีมาก	11.10	0.61	ดีมาก
ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ	47.63	5.82	พอใช้	52.83	4.47	ดี
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส.	23.83	2.32	ดี	25.10	2.06	ดีมาก

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสรุปคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบของสรุปคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D	df	t	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	47.63	5.82	29	7.700	$< 0.001^*$
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	52.83	4.47			
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	23.83	2.32	29	5.917	$< 0.001^*$
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.10	2.06			

* Significant at $p\text{-value} < 0.05$

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหาร A1C (HbA1c) ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงกว่าก่อน การเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.035$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบของค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าระดับน้ำตาล	$\bar{X}$	S.D	df	t	p-value
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด					
Fasting Blood Sugar (FBS)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	159.93	13.68	29	2.627	0.014*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	154.47	13.77			
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.63	0.74	29	2.765	0.010*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.58	0.72			

* Significant at p-value < 0.05

วิจารณ์

จากผลการวิจัยโปรแกรมการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ แต่ภายหลังเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย โดยการประยุกต์นำความรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยจัดทำโปรแกรมเป็นกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบการจัดกิจกรรมโดยมีกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การฝึกปฏิบัติ เรื่องการรับประทานอาหารพื้นบ้านสมุนไพร ทำบริหารฤๅษีดัดตน การผ่อนคลายความเครียดด้วยอบไอน้ำสมุนไพร การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุราด้วยสมุนไพร และการให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านให้สุขศึกษารายบุคคล กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ ซึ่งวิธีการเหล่านี้สามารถพัฒนาความรู้เรื่องเบาหวานได้ดี เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย เจริญจิตต์⁽¹³⁾

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.4 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = -6.415$, $p = 0.000$)⁽¹³⁾ ในส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี แต่ภายหลังเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชมนภรณ์ เจริญและคณะ⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 25 คนและสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล จำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมที่

ประกอบด้วยกิจกรรมรวม 3 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารพื้นบ้านสมุนไพร ทำบริหารฤๅษีดัดตน การผ่อนคลายความเครียดด้วยอบไอน้ำสมุนไพร การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุราด้วยสมุนไพร จึงทำให้เกิดการตระหนักและดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า (FPG) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด (HbA1C) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติศักดิ์ รุจิภาณจนรัตน์ และคณะ⁽¹⁴⁾ เรื่อง การประยุกต์โปรแกรมการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑารัตน์ บุญพา⁽¹⁵⁾ เรื่อง ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า (FPG) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด (HbA1C) ก่อนใช้โปรแกรมและหลังใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่าผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทยต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ 2ส มากขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า (FPG) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด (HbA1C) ลดลง จึงควรนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและขยายผลการพัฒนาการจัดบริการในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อื่น ๆ ต่อไปทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นและมีการเปรียบเทียบกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนของการนำการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทย
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
3. ควรมีการขยายผลโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ระบบประสาทส่วนปลาย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8th Edition 2017 Country Reports-Thailand [Internet]. 2017 [cited 2022 October 10]. Available from <https://www.diabetesatlas.org/atlas/eighth-edition>.
3. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas 8th Edition [Internet]. 2017 [cited 2022 October 10]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>.
4. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
5. ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. อาหารกับการควบคุมเบาหวาน. ใน รัชตะ รัชตะนาวัน และธิดา นิงสานนท์ (บก.), ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์ . กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2552. 131- 163.
6. Thomas A, Rajesh EK, Kumar DS. The Significance of Tinospora crispa in Treatment of Diabetes Mellitus. Phytother Res. 2016; 30(3): 357-66
7. สำนักงานธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. HDC dashboard. [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ย. 65]. เข้าถึงได้จาก : <https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.phpsource=pformatted>.
8. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวช ปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: หจก. อรุณการพิมพ์; 2557.
10. วิภา อุทยานินทร์, เสาวนันท บำเรอราช, กาญจนา นิมสนทร. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน : ข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการเบาหวานในอำเภอห้วยแถลง. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 1 : 11-24.
11. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2017; 40 (Supply 1): S11-S24.
12. Karam J. G., & McFarlane, S. I. Update on the prevention of type 2 diabetes. Current Diabetes Reports. 2011; 11 (1): 56-63.
13. อุทัย เจริญจิตต์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2561 ; 3(2) : 58-72.

14. กิตติศักดิ์ และคณะ.การประยุกต์โปรแกรมการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จังหวัดเพชรบุรี . เวชสารแพทย์ทหารบก 2561; 71(3) :183-191.
15. จุฑารัตน์ บุญพา, สุพัตรา ใจเหมาะ. ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการแพทย์ เขต11 2558 ; 29(2) : 215-218.
16. พงศธร พอกเพิ่มดี. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ. ศ. 2561-2580. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(1):173-186.
17. รัชมนภรณ์ เจริญ และคณะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดี พยาบาลสาร 2553; 16(2) :279-292.

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

Effects of the Motivation Program on lowering blood sugar
Levels among Uncontrolled Diabetic Persons

ทรายูทธ์ บุญเจริญ สบ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ทอง

ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

Tharayout Booncharoen, (B.P.H)

Phon Thong Health Promoting Hospital

Pho Tak District Nong Khai Province

(Received: 2 August 2023, Revised: 15 August 2023, Accepted : 30 August 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมและลดระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เช่น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เช่น paired t-test และ independent t-test เป็นต้น

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับโปรแกรมฯ จะมีคะแนนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับ 0.05 สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรกดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ จนสามารถดูแลตนเองในควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำสำคัญ : การสร้างแรงจูงใจ, การปฏิบัติตัวต่อการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ติดต่อผู้พิมพ์ : ทรายูทธ์ บุญเจริญ อีเมล : tb2516@gmail.com

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to study the effects of a motivational program on lowering blood sugar levels in patients with uncontrolled diabetes. The sample consisted of 40 type 2 diabetes patients, was simple random assign to two groups, 20 patients in experimental group and 20 patients in control group. The experimental group received a program to motivate their own blood sugar control and reduce. The control group received routine care. The data were analyzed using by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test.

The research results showed that; diabetic patients who received the program. There will be scores on diabetes knowledge and the practice of taking care of their own health significantly higher than the control group at the 0.05 level. It can be concluded that using the program will help patients with diabetes to know until able to take care of themselves and control blood sugar levels more compared to a control group receiving usual care.

Keywords : Motivation, self-care practice, Diabetic patients uncontrol

Corresponding Author : Tharayout Booncharoen **E-mail :** tb2516@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCDs) ที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก และอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี 2021 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วโลกทั้งหมด 537 ล้านคน ซึ่งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ถึง 90 ล้านคน⁽¹⁾ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มจำนวนขึ้นถึง 629 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ร้อยละ 33.9⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 3 แสนคน และอยู่ในระบบทะเบียน จำนวน 3.3 ล้านคน ซึ่งในปี 2563 ที่ผ่านมามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽³⁾ ขณะที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุก ๆ 5 คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน⁽⁴⁾ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขตระหนักและให้ความสำคัญในการควบคุมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเช่นกัน จากปัญหาโรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งตา ไต และเท้า⁽⁵⁾ จะเห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจาก

ความผิดปกติในการผลิตหรือตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ จนทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสภาพลงและทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ มากมาย⁽³⁾

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปี 2562-2565 พบว่า อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 43.45, 43.75, 44.28 และ 45.11 ตามลำดับ และอำเภอโพนพิสัย พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับตามแนวโน้มของจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 38.57, 38.26, 38.77 และ 40.05 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ในส่วนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนทอง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าโรคอื่น ๆ จากประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 3,893 คน ซึ่งในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 331 คน และเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ได้ จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 47.13⁽⁷⁾ จะเห็นว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกตินั้นค่อนข้างมาก ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน ทั้งจากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้และความเข้าใจในรายละเอียดของการดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรืออาจจะมีปัญหา/อุปสรรคอื่น ๆ ร่วมด้วย จนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำ ประกอบกับการมีผลสืบเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยที่ผ่านมา ที่ทำให้ทุกคนต้องอยู่ที่บ้าน และจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปด้วย ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมอื่น ๆ นอกบ้าน มีเวลาในการออกกำลังกายน้อยลง มาจากหลาย ๆ ปัจจัยเสริมกัน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลและสาธารณสุขก็มีรูปแบบที่ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันและการควบคุมโรคโควิด 19 ของภาครัฐ ที่ต้องการลดจำนวนผู้ป่วยที่ไปรอรับตรวจจากแพทย์ในโรงพยาบาลลง การนัดผู้ป่วยมาตรวจก็น้อยลงตามด้วย จะนัดเฉพาะผู้ที่มีความจำเป็นเท่านั้น ขณะเดียวกันตัวผู้ป่วยเอง ก็ประสงค์ที่จะเลื่อนนัดการเข้าพบแพทย์เช่นกันเพราะกลัวโรคติดต่อ จนต้องบูรณาการไปในบริการรูปแบบพิเศษ คือ การจัดส่งยาเบาหวานให้ผู้ป่วยที่บ้านแทน จะเห็นว่าประเด็นดังกล่าว ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานมีความซับซ้อนขึ้น จึงส่งผลต่อการได้รับการรักษาและการติดตามการรักษาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้เป็นเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเท่าที่ควร และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารกิน รวมถึงปรับการใช้ชีวิตประจำวันยังไม่เหมาะสมได้⁽⁸⁾ ประกอบกับคนไทยต่างก็มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปตามยุคสมัย โดยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น บริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง ในขณะที่เวลาการออกกำลังกายน้อยลง และมีความเครียดในชีวิตประจำวัน การทำงานที่เร่งรีบ ไม่มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอทั้งนี้ ล้วนเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่แล้วก็ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เป็นอันตรายต่อชีวิต⁽⁹⁾

จากการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ของพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนทองนั้น จะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง จนทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และถ้าหากผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มักจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย⁽¹⁰⁾ ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ขณะเดียวกันผู้ป่วยเบาหวานมีเอง ก็มีทัศนคติต่อการรักษาโรคเบาหวาน โดยหวังที่จะพึ่งแพทย์ในการรักษาเพียงอย่างเดียว และขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค ขาดความตระหนักที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง รวมทั้งมุ่งที่จะรักษาเพียงจากยาอย่างเดียวด้วย จนละเลยที่จะกำกับหรือดูแลตัวเองในเรื่องอื่น ๆ จะเห็นว่าการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและทักษะต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง จนผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้ รวมทั้งการรู้จักประเมินสุขภาพตนเอง และความสามารถในการควบคุมเบาหวานของตน จึงน่าจะมีส่วนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้การตัดสินใจ วางแผนดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น⁽¹¹⁾

จะเห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่เกณฑ์ปกติของผู้ป่วยเบาหวานนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ยิ่งต้องให้ความสนใจและได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ เกิดขึ้นด้วย⁽¹²⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยการบูรณาการในกิจกรรมที่หลากหลาย พร้อมกับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยทั้งการเรียนรู้ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติไปพร้อมกัน โดยเน้นการพัฒนาทักษะ ตามความรู้พื้นฐานเดิมที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์มากที่สุด อันที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะเหล่านี้ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันตนเองได้ ถูกต้องและเหมาะสม จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้ ซึ่งถ้าหากกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้แล้ว ก็จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา อันช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบและวิธีวิจัยการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนอง ตำบลโพหนอง อำเภอบัวลาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 331 คน และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 156 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยอาศัยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) โดยเป็นผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือด 130 - 180mg/dl ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชนิดรับประทานและหรือชนิดฉีด สามารถสื่อสารเข้าใจ สามารถเขียน อ่านภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนเกณฑ์การยกออก (Exclusion Criteria) คืออยู่ในระหว่างภาวะการตั้งครรภ์ ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น หรือมีการย้ายถิ่นฐาน มีการส่งต่อไปรับยาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

คือเสียชีวิตหรือภาวะเจ็บป่วยในช่วงเวลาดำเนินการศึกษา ผู้ป่วยเกิดมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีความประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานของคนในครอบครัว อาศัยอยู่กับใคร ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคประจำตัวร่วม ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (ช่วงเดือนก่อนหน้าทำการศึกษา) และค่าดัชนีมวล ลักษณะคำถามปลายเปิดให้เลือกเติมคำหรือจำนวนลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบคำถาม จำนวน 14 ข้อ

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายปิด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบ 1 คำตอบที่ตรงตามความคิดเห็นเท่านั้น มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามมีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เกณฑ์การแปลความหมายตามค่าเฉลี่ยในระดับมาก ปานกลาง และน้อย เป็นต้น

1.3 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 17 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนมาก เกณฑ์การแปลความหมายตามค่าเฉลี่ยในปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ดี ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบวัดทั้งหมดที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อดูความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้อง คำนวณดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ซึ่งมีค่า $IOC = 0.88$ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำไปคำนวณหาความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.88, 0.85 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : การส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ อาการแสดง ยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และปัจจัยอื่น ๆ ด้วยการบรรยายประกอบสื่อ ภาพ แผ่นพลิก วีดีโอ เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 2 : พัฒนาความเข้าใจ (Cognitive) ทบทวนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในสัปดาห์ที่ผ่านมา ต่อด้วยการพัฒนาความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด ผลเสียที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ประกอบกับการเรียนรู้จากตัวแบบทั้งด้านบวกและด้านลบ การเลือกชนิดอาหารที่จะรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ปริมาณอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละมื้อแต่ละวัน การใช้อาหาร

ทดแทน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน แจกเอกสารคู่มือเกี่ยวกับโรคเบาหวานกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน แบบบันทึกการตั้งเป้าหมายและแบบติดตามที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3 : พัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) เรียนรู้และฝึกทักษะในการประเมินปัญหาของตนเอง เพื่อรับรู้ปัญหาตนเอง และพัฒนาความเชื่อมั่นต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการวางแผน และการตั้งเป้าหมายของตนเองที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 4 : การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง จากการเรียนรู้ในเรื่องของการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดและประโยชน์ของการจัดการกับความเครียดที่มีผลต่อการควบคุมทั้ง พร้อมให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความมั่นใจต่อตนเองในการลงมือทำ และฝึกทักษะในการออกกำลังกายที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 5-9 : เป็นการพัฒนาตนเอง (Self-management) จากการลงมือปฏิบัติเองทั้งเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดผ่านโทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นและจริงจังต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์

สัปดาห์ที่ 10-11 : ติดตามเยี่ยมรายบุคคล เพื่อการสร้างแรงจูงใจ และติดตามการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง รวมทั้งให้คำแนะนำ ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติและโทษของการที่ไม่ปฏิบัติต่อเนื่อง และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยเคยตั้งไว้ และสัปดาห์สุดท้ายเป็นการประเมินผล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจากการทำแบบสอบถามหลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมด้วยคำถามชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รหัสโครงการ 13/66 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องสิทธิของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ขอความร่วมมือเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องมีเหตุผล โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๗๕ อยู่ในช่วงอายุ ๖๑-๗๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๐ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ ๘๐ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๐ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ ๘๐ มีรายได้อยู่ในช่วง ๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ ๕๐ มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๖๕ อาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๗๕ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ จะเป็นมาแล้วมากกว่า ๑๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๘๐ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ ๗๐ โดยเป็นโรคความดันโลหิตมากที่สุด มีระดับน้ำตาลในเลือด (ครั้งล่าสุด) อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ ๕๐ และมีดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกว่าเกณฑ์ (< ๑๘.๕ กก./ม^๒) คิดเป็นร้อยละ ๖๐ รองลงมา มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินและอ้วน (≥ ๒๓ กก./ม^๒) คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ตามลำดับ

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๗๐ อยู่ในช่วงอายุ ๖๑-๗๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖๐ รองลงมา มีอายุ ๗๑ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๓๐ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ ๕๕ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๗๐ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ ๗๐ มีรายได้อยู่ในช่วง ๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ ๔๐ มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๖๐ อาศัยอยู่กับคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ จะเป็นมาแล้วอยู่ในช่วง ๖ - ๑๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๕ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๗๐ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ ๙๕ เป็นโรคความดันโลหิตมากที่สุด มีระดับน้ำตาลในเลือด (ครั้งล่าสุด) เกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ ๖๐ และมีดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติ ($๑๘.๕-๒๒.๙$ กก./ม^๒) คิดเป็นร้อยละ ๘๕ ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนระยะทดลอง พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.05$; SD = 0.19) ภายหลังทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงขึ้นและอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.35$; SD = 0.13)

ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนระยะทดลอง พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.09$; SD = 0.24) และภายหลังทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับอยู่ปานกลางเหมือนเดิม ($\bar{X}=2.05$; SD = 0.28) แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ความหมาย
กลุ่มทดลอง			
(n=20) ก่อนทดลอง	2.05	0.19	ระดับปานกลาง
หลังทดลอง	2.35	0.13	ระดับมาก
กลุ่มควบคุม			
(n=20) ก่อนทดลอง	2.09	0.24	ระดับปานกลาง
หลังทดลอง	2.05	0.28	ระดับปานกลาง

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง

กลุ่ม	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S. D	$\bar{X}$	S. D		
กลุ่มทดลอง (n=20)	2.05	0.19	2.35	0.13	6.83	0.000
กลุ่มควบคุม (n=20)	2.09	0.24	2.05	0.28	1.53	0.142

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S. D	t	p-value
กลุ่มทดลอง	20	2.35	0.13	4.228	0.000
กลุ่มควบคุม	20	2.05	0.28		

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1. การปฏิบัติตัวต่อการดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองในช่วงก่อนระยะทดลอง พบว่า มีการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.91$; SD = 0.17) ภายหลังทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.00$; SD = 0.13)

ส่วนการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายในกลุ่มควบคุมในช่วงระยะก่อนทดลอง พบว่า มีการปฏิบัติตัวต่อการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.96$; SD = 0.15) และภายหลังทดลอง พบว่า พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม ($\bar{X}=1.89$; SD = 0.11) แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	ความหมาย
กลุ่มทดลอง (n=๒๐)			
ก่อนทดลอง	๑.๙๑	๐.๑๗	ระดับปานกลาง
หลังทดลอง	๒.๐๐	๐.๑๓	ระดับปานกลาง
กลุ่มควบคุม (n=๒๐)			
ก่อนทดลอง	๑.๙๖	๐.๑๕	ระดับปานกลาง
หลังทดลอง	๑.๘๙	๐.๑๑	ระดับปานกลาง

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
กลุ่มทดลอง (n=20)	๑.๙๒	๐.๑๗	๒.๐๐	๐.๑๓	๒.๗๐๔	๐.๐๑๔
กลุ่มควบคุม (n=20)	๑.๙๖	๐.๑๕	๑.๘๙	๐.๑๑	๑.๖๘๕	๐.๑๐๘

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ ๖ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน การปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง	๒๐	๒.๐๐	๐.๑๓	๒.๖๓๐	๐.๐๑๒
กลุ่มควบคุม	๒๐	๑.๘๙	๐.๑๑		

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯไปแล้ว จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะการจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่หลากหลายวิธีการนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานดียิ่งขึ้นขึ้น โดยการใช้สื่อการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้อง การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การกระตุ้นผู้ป่วยเบาหวานได้ตระหนักผลดี ผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองไม่ได้ การดูแลสุขภาพ รวมทั้งการใช้สื่อที่เป็นวิดีโอร่วมด้วย จะช่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้มากขึ้น ประกอบกับการใช้แผ่นพลิกที่มีรูปภาพประกอบการบรรยาย ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น รวมกับการจัดบอร์ดให้ความรู้ มีรูปภาพประกอบ ปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มชูกำลัง อาหารชนิดต่าง ๆ ตลอดจนทำคู่มือแจกให้กลุ่มทดลองได้ใช้ สามารถนำไปทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาที่บ้านได้ หลังจากกลุ่มทดลอง

ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศศิภา สินธุเสน (2559)⁽¹³⁾ ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกองบินที่ 23 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาต่อยอด เพราะผู้ป่วยได้รับการอบรมที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและไม่ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของทินกร ศรีตะวัน, กุลชญา และคณะ (2564)⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จะเห็นว่า จากการที่จัดกิจกรรมแล้วทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมนั้น ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ เห็นประโยชน์และคุณค่าในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากขึ้น ประกอบกับผู้วิจัย ได้นำภาพประกอบรายการอาหาร มีการสาธิตการเลือกอาหารที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลองเลือกอาหารชนิดที่เหมาะสม ในส่วนกิจกรรมการออกกำลังกายนั้น มุ่งเน้นการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน เช่น การแกว่งแขน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียดโดยการกำหนดลมหายใจเข้า - ออก เป็นต้น

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นผลมาจาก ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษามีการติดตามทางโทรศัพท์ และทาง Line Group Application ประกอบกับการพัฒนาทักษะด้านการให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการแจกคู่มือ และการใช้สื่อวีดิทัศน์ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจนในวิธีการปฏิบัติ ส่งผลให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว และหลังทดลองทำให้กลุ่มตัวอย่างในทดลอง มีความรู้ความเข้าใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา บุตรศรี และรัตนา บุญพา (2564)⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความตระหนักรู้ มีทักษะในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับกับงานวิจัยของนันทกาส์ พิระพุดพิงศ์ และคณะ (2557)⁽¹⁶⁾ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้และจัดการตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง และคล้ายคลึงกับการศึกษาของนพพร ทุมแถว และคณะ(2564)⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นตาม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะเห็นว่าการให้ความรู้ที่สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้นาน ๆ นั้นควรให้ความรู้บ่อย ๆ ซ้ำ ๆ กับเรื่องเดิม ๆ และเมื่อสามารถสร้างความรู้จนเกิดความเข้าใจได้แล้ว ก็จะส่งผลต่อการสร้างความตระหนักต่อผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากโรคนี้ด้วย

3. การปฏิบัติตัวต่อการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในกลุ่มทดลอง จะมีการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเกิดจากการส่งเสริมความรู้เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานที่จัดให้กลุ่มทดลองทั้งในรูปแบบการบรรยาย และการได้ดูภาพจากวิดีโอ (VDO) ประกอบการสาธิต และการฝึกทักษะต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว อันเกิดจากการได้เห็นภาพและเสียงจริง จึงทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งลักษณะกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับ เช่น การฝึกวิเคราะห์ปัญหา และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาสุขภาพของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็ได้รับฟังแนวทางวิธีการที่เป็นประโยชน์จากผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้สำเร็จ

รวมทั้งมีการเสริมแรงให้กำลังใจผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน โดยผู้วิจัยมีการติดตามทางโทรศัพท์และเพื่อสอบถามปัญหา และให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยยังปฏิบัติพฤติกรรมไม่ถูกต้องจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัด ขณะเดียวกันผู้วิจัยมีการเสริมแรง โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ซึ่งการเสริมแรงจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจในตัวเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดความมุ่งมั่นที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป ประกอบกับการลงติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านรายละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เข้าใจ วิธีการในการดูแลตนเองได้อย่างละเอียดมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต การสอบถามข้อสงสัยอื่น ๆ เมื่อผู้ป่วยเบาหวานประสบปัญหาหรือสับสนความเข้าใจในบางประเด็น สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นมีความอยากที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ การที่ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องและเหมาะสม ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับ Szyndlera, et.all (2005)⁽¹⁹⁾ พบว่า การพบปะผู้ป่วยที่บ้านนั้นจะเป็นแรงเสริมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลสุขภาพ เป็นการแสดงความเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้ป่วยที่ดีเยี่ยม เพราะได้เข้าใจความเป็นอยู่ ภาวะแวดล้อม วิถีชีวิตของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และยังได้ช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ก่อให้เกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพตนเองได้มากขึ้น จะเห็นว่า การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จะทำให้เห็นสภาพวิถีชีวิต ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นจึงช่วยให้สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จะเห็นว่าการให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลให้สามารถดำรงชีวิตที่ปรับเปลี่ยนได้ภายใต้การควบคุมตนเอง (Self-regulation) จะต้องอาศัยบุคคลากรทางสุขภาพกระตุ้นและเสริมแรง ให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วย จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551)⁽²⁰⁾ พบว่า การติดตามทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ นับว่าเป็นวิธีการที่ดีอย่างหนึ่ง เพราะสามารถติดต่อได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับการศึกษาของปรานค์ บัวทองควาพิเศษ และคณะ (2559)⁽²¹⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นทักษะการจัดการตนเอง มีการติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมาย และปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเอง มีการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลการปฏิบัติ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอภิชาติ ศิริสมบัตร์ และคณะ (2559)⁽²²⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม จะมีมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ ซึ่งกิจกรรมกลุ่มนั้นจะเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง อันส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้ยังค้นพบข้อมูลบางอย่าง การพูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ จะทำให้ผู้ป่วยมีคำถามที่ถามประเด็นปัญหามากขึ้น อาจเป็นเพราะการไม่ได้อยู่ต่อหน้าทำให้คำถามสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จะเห็นว่าช่องทางการเยี่ยมทางโทรศัพท์นั้น จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะต้องนำมาบูรณาการใช้ร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ ทุกครั้งที่ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อการโน้มน้าวจิตใจผู้ป่วยให้เข้าใจหรือคาดหวังในวัตถุประสงค์ที่เราวางไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ ดวงนิล(2557)⁽²³⁾ การเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ยังเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจ กระตุ้นเตือนจะช่วยเพิ่มพูนความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยตั้งใจปฏิบัติตามคำแนะนำต่อเนื่อง และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้และผลลัพธ์ที่ดีสุขภาพมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้⁽²⁴⁾

จะเห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมายการรักษา และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้นี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาการคิด วิเคราะห์ ทักษะที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ซึ่งในการสร้างการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติตัวได้นั้น จะต้องใช้ระยะเวลาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับพฤติกรรมซึ่งจะต้องใช้เวลานานจึงจะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นได้ และเห็นผลได้ชัดเจน ดังนั้นหากมีการเพิ่มระยะเวลาการทำกิจกรรมมากขึ้น ก็น่าจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างมากขึ้นและเกิดความต่อเนื่อง และกิจกรรมเด่นของโปรแกรมนี้นี้ คือ การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ของผู้ป่วยเอง โดยให้กำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองเขียน

เป้าหมายของตนเองลงในกระดาษ แล้วนำไปแปะไว้บนบอร์ดรวมกัน พร้อมบันทึกลงในคู่มือที่จะนำกลับไปใช้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดการกับระดับน้ำตาลในเลือด

และเป็นการแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำ วิธีการ แนวทางจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ และชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และความจำเป็นของการมีพฤติกรรมต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีต่อไป จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงการปฏิบัติตัวที่จะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์และทางกลุ่มไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์ (2563)⁽²⁵⁾ พบว่า นำมาใช้เป็นโปรแกรมการจัดการตนเองมีการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

1. ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเชิงรุกเข้าไปสู่ชุมชน ประกอบกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบเชื่อมต่ออย่างครอบคลุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล
2. ควรมีการจัดตั้งทีมงานในพื้นที่ร่วมกันในดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลระดับหมู่บ้านด้วยคนในหมู่บ้านเอง ทั้งนี้เพื่อจะได้เป็นแหล่งติดต่อประสานงาน และทำแผนเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย เพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคมด้วย ในการสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย รวมทั้งให้ความร่วมมือในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองเป็นไปตามเป้าหมาย
2. ควรเตรียมเนื้อหาในรูปแบบสื่อใหม่ ผ่านคลิปวิดีโอไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานทุกกลุ่ม ได้เรียนรู้ที่บ้าน ควบคู่หรือสนับสนุนการรักษาในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ทั้งนี้เพื่อช่วยผู้ป่วยให้ได้ที่ความรู้ มีความเข้าใจ กว้างขวางมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ บุคลากรทั้งในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การดำเนินการวิจัยทั้งเป็นผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ขอบขอบคุณเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนทอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนาม

เอกสารอ้างอิง

1. แนวหน้า. เบาหวานเป็นเรื่องต้องรู้ กับกิจกรรมวันเบาหวานโลก [Internet]. [Cited 2023 Feb 28]. Available from: <https://www.naewna.com/lady/692894>
2. เจาะลึกระบบสุขภาพ. สถานการณ์โรคเบาหวาน [Internet]. [Cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>
3. สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก [Internet]. [Cited 2022 Nov5]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
4. Thailand Blueprint for Change. สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย[Internet].2017. [Cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/.pdf>
5. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน) [Internet]. [Cited 2022 Nov 20]. Available from: https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a_1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนอง. รายงานประจำปี 2565 : เอกสารอัดสำเนา.
8. Bonwell, C. C. & Eison, J. A. (1991). Active learning: Creating excitement in the Classroom (1 st ed). Washington, D.C.: The George Washington University.
9. American Diabetes Association. Comprehensive medical evaluation and Assessment of comorbidities. Diabetes Care. 40 (Suppl.1) 2016: S25–S32| DOI: 10.2337/dc17-S006.
10. Rawdaree, P., Ngarmukos, C., Deerochanawong, C., Suwanwalaikorn, S., Chetthakul, T., Krittiyawong, S., & Mongkolsomlit, S. Thailand Diabetes Registry (TDR) Project : Clinical Status and Long Term Vascular Complications in Diabetic Patients. Journal of the Medical Association of Thailand journal. 2006; 89 (1): 1–9.
11. ลักษณะ พงษ์ภุมมา และศุภรา หิมาโนโต. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2560; 20(40):67-76.

12. ฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2556; 6(3): 102-109.
13. ศศิผกา สีนุเสณ. ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาล กองบิน บน. 23. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2559; 24(1): 57-64.
14. ทินกร ศรีตะวัน, กุลชญา ลอยหา และสุภาพร ใจการุณ. รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศรีวันาลัยวิจัย. 2564; 11(1): 41-56.
15. วรางคณา บุตรศรี และรัตนา บุญพา. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2564; 18(1): 13-25.
16. นันทน์ภัส พิระพุดพิงค์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และอำภพร นามวงศ์พรหม. ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากะวันออกเฉียงเหนือ. 2555; 30(2).
17. นวพร ทุมแถว, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบუნทรบุรี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 7(3) : 32-44.
18. Bourbeau, J., Jurein, M., Martais, F., Rouleau, M., Beaupre., Begin, R., & et al., (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Archives of Internal Medicine. 2003; 163(5): 585-591.
19. Szyndler, J. E., Townsa, S. J., Peter, P., & McKay, O. K. (2005). Psychological and family Functioning and quality of life in adolescents with cystic fibrosis. Journal of Cystic Fibrosis. 2005; 4(2): 135-144.
20. ศิริวัฒน์ วงศพุทธคำ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
21. ปราง บัวทองคาวิเศษ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560; 9(1): 105-115.

22. อภิชาติ ศิริสมบัติ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และสุพรรณิ จิรจรรยาเวช. (2559).ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่มต่อระดับฮีโมโกลบินชนิดเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์.2559; 34 (2): 118-128.
23. ปิยาภรณ์ ด้วงนิล. การพัฒนาการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา . [พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
24. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานการพัฒนาคุณภาพการบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO Clip) “การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง”[Internet]. [Cited 2022 Noe 18]. Available from:<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188820211015084413.pdf>
25. ปิยะพร ศิษย์ กลอนันต์ , พรสวรรค์ คำทิพย์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขนและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ . วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 35(2): 52-69.