

ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง

Effective of Health Behavior Modification Program in Virtual Clinic.

(Received: January 11,2023 ; Revised: January 19,2023 ; Accepted: January 22,2023)

กนกศรี จาดเงิน¹, วิชชุดา ปุณณโทก²

Ganoksri Jard-ngoen, Witchuda Poonnotok

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย Retrospective Cohort Study แบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่าง คือข้อมูลที่ถูกบันทึกในฐานข้อมูลเวชระเบียนและรายงานผู้รับบริการของผู้ป่วยคลินิก DPAC ปีงบประมาณ 2563 - 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.98 2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 3) แบบวัดทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 4) แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 และ 5) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง ที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.97 ค่าประสิทธิภาพของโปรแกรม E1 : E2 เท่ากับ 82.50 : 85.50 สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม แบบ nonparametric คือ Wilcoxon Signed-Rank Test ส่วนสถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม คือ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีความรู้ หลังการทดลองแตกต่างจากผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง

Abstract

This This study was a Retrospective Cohort Study, quasi experimental design. Research was conducted to study effective of Health Behavior Modification Program in Virtual Clinic. The study sample consisted of 20 of Data recorded in the medical record database and patient reports of DPAC clinic, fiscal year 2020 – 2022 and selected into 2 groups. The data were collected using (1) Comparative data collection on the effectiveness of a health behavior change program that Index of Item Objective Congruence IOC 0.98 . (2) Assessment of health literacy and health behaviors Cronbach's alpha coefficient at 0.91 . and (3) Health Behavioral Skills Test Form Cronbach's alpha coefficient at 0.75 (4) a questionnaire to assess satisfaction with the model and possibility of use that IOC.at 1.00. (5) Health

¹ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปะกง

² งานสุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลบางปะกง

Behavior Modification Program in Virtual Clinic, CVI at 0.97 and E1 : E2 = 82.50:85.50. Statistics employed in the research were frequency, percentage, mean, standard division Wilcoxon Signed-Rank Test and Mann-Whitney U test .

The result reveals that, both of control and experimental group had efficient by the post-learning achievement of the samples were significantly higher than their pre-learning achievement at the 0.05 level. The both group had reduced blood sugar and blood pressure efficient by the post- activity lower than their pre- activity achievement at the 0.05 level. After the experiment, the mean score of knowledge of experimental group was significantly higher than control group at the 0.05 level.

Keywords : Effective of Health Behavior Modification Program, Virtual Clinic

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases ; NCDs) เป็นปัญหาใหญ่ที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization ; WHO) รายงานสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs มีมากถึง 38 ล้านคนในแต่ละปี และเป็นสาเหตุ 3 ใน 4 ส่วนจากการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs จึงถูกยกระดับเป็นวาระทางการเมืองที่สำคัญ ระดับโลก โดยสมัชชาองค์การสหประชาชาติ ได้จัดประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระหว่างผู้นำระดับสูงของประเทศและรับรอง “ประกาศปณิธานการเมือง ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (political declaration)” ในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ภายในปี 2598¹ และประเทศไทยได้ทำการรับรองเป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายของประเทศสำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ประมาณ 3.9 แสนคน คิดเป็น ร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และยังพบว่า มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่ความพิการ เช่น ตาบอด ไตวาย หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และการตัดขาส่วนล่าง ฯ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีมากกว่า 422 ล้านคน และมีความชุก

เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น พบว่าในปี 2562 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 9 โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานโดยตรงประมาณ 1.5 ล้านคน ในประเทศไทย มีการรายงานในฐานข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แห่ง (Health data center) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน 1,191,782 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนโรคความดันโลหิตสูง พบว่าคนไทยที่ป่วยด้วยโรคนี้ เกือบ 11 ล้านคน เสียชีวิต 5,165 คน และพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 แสนคน และร้อยละ 50 ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคนี้²

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลบางปะกง พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน รับการรักษาในโรงพยาบาลมากถึง 3,049 คน ในจำนวนนี้มีทั้งผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่น ที่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ไตวาย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฤๅณโป่งพอง ไทรอยด์เป็นพิษ โรคหัวใจ มีภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่อย หรือไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ด้วยยาชนิดรับประทานจำเป็นต้องใช้ยาฉีดอินซูลิน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลให้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล จำนวนมากจนกลายเป็นภาระทางเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศ และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย โดยพบว่าโรคเหล่านี้ก่อให้เกิดภาระโรคจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) มากถึงร้อยละ 71 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด³ โดยตลอดเวลาได้มีการจัดการกับโรค

เหล่านี้อย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ โดยอัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความชุกของการป่วยและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์บริบท ด้านปัจจัยการเกิดโรค พบว่า โรคเหล่านี้เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลด้านพฤติกรรมสุขภาพ สามารถป้องกันความรุนแรงได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเบาหวานชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในคนไทย พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินอย่างเหมาะสม (relative insulin deficiency) สัมพันธ์กับประวัติเบาหวานในครอบครัว และมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน เช่น อายุมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย ฯ⁴

โรงพยาบาลบางปะกงได้จัดบริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Diet & Physical Activity : DPAC) ขึ้น โดยเน้นให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเน้นหลัก 3อ.2ส.1พ โดยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ลดการกินอาหารหวาน มัน เค็ม ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รู้จักจัดการอารมณ์และหมั่นดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน โดยจัดบริการในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ พบว่าสามารถช่วยลดการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติลงได้ ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมหาศาล สอดคล้องกับการศึกษาของคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง เรื่อง การพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลบางปะกง พบว่า เจ้าหน้าที่รพ.บางปะกงมีช่วงอายุถือเป็นเป็นวัยทำงาน และอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ เหมือนผู้รับบริการในคลินิก ซึ่งการจัดกิจกรรมและรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ของวัยผู้ใหญ่ จึงจะสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning)⁵ ซึ่งวัยผู้ใหญ่ต้องการรู้เหตุผลในการเรียนรู้และผู้ใหญ่จะ

เรียนรู้ก็ต่อเมื่อเขาต้องการจะเรียนเนื่องจากผู้ใหญ่รู้วาทนเองมีความรับผิดชอบต่อผลของการตัดสินใจของตนเองได้ ก่อนการเรียนรู้ผู้ใหญ่ มักต้องการจะรู้ว่าเพราะเหตุใด หรือทำไมเขาจึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้อะไรจะได้รับประโยชน์อะไร และจะสูญเสียประโยชน์อะไรถ้าไม่ได้เรียน นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) ที่พัฒนาโดย De Shazer ในปี 1980 ให้สอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นหลัก 3อ.2ส.1พ โดยการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) มีหลักการอยู่บนสมมติฐานของการมองโลกในแง่ดี ที่ว่ามนุษย์เต็มไปด้วยพลังและศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (solution) ที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขา บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา คือ การช่วยให้ผู้รับบริการรู้ถึงพลังและศักยภาพที่อยู่ในตัวเขา เช่น ความยืดหยุ่น ความกล้าหาญ และความมีปัญญาที่จะแก้ไขปัญหาวัยการสนทนา ผู้รับบริการเห็นภาพของตนเองที่กำลังทำอะไรอยู่ในชีวิต ความเป็นไปในอนาคต และอะไรที่จะนำพาเขาไปสู่ความสำเร็จ ด้วยวิธีการ ดังนี้ 1) ค้นหาสิ่งที่สมาชิกกลุ่มต้องการ แทนที่จะค้นหาสิ่งที่พวกเขาไม่ต้องการ 2) ไม่ทำการวิเคราะห์หาสาเหตุในตัวสมาชิก เพราะจะเป็นการลดทอนความสามารถของพวกเขา แต่มองไปยังสิ่งที่กำลังทำงานอยู่ในตัวของพวกเขา และกระตุ้นให้กำลังใจพวกเขาทำต่อไป 3) ถ้าสิ่งที่สมาชิกกำลังทำอยู่ไม่เกิดผลให้กำลังใจพวกเขาลองทำสิ่งที่แตกต่างออกไป⁶ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีการให้คำปรึกษา เพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) มีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำกระบวนการไปใช้ ระดับมากที่สุด⁷



นอกจากนี้สถานการณ์แพร่ระบาดอย่างรุนแรงของโควิด - 19 ส่งผลกระทบต่อการมารับบริการที่คลินิก DPAC เนื่องจากการไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์นั้นว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสามารถลดการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วย ลดอุบัติเหตุ การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติลงได้ ต้องใช้เวลาในการปรับพฤติกรรมเป็นระยะทั้งสิ้น 6 เดือน โดยผู้บำบัดจะนัดผู้รับบริการมาพบในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามช่วงเวลา การหยุดให้บริการจึงนับว่าเป็นความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษา ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำ คลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีเพื่อบำบัดผู้ป่วยทางไกลแบบ Real-time และทำให้การพบผู้บำบัดเป็นเรื่องง่าย ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เทคโนโลยีเพื่อบำบัดผู้ป่วยทางไกลแบบ Real-time ในรูปแบบคลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic) โดยที่คนไข้กับผู้รักษาอยู่ต่างสถานที่กัน และใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีเพื่อสื่อสารกันในระยะไกล สามารถเห็นภาพ พูดคุยกันได้เหมือนอยู่ในคลินิก โดยมีหลักในการพัฒนาระบบการบำบัดแบบคลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic)^๑ ดังนี้ 1) การใช้แอปพลิเคชันที่ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน และมีประสิทธิภาพ 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการมีกิจกรรมของตนเองได้ 3) การสื่อสารแบบเรียลไทม์ (ระหว่างสมาชิกกับผู้บำบัด) 4) การใช้แอปพลิเคชันที่สอดคล้องกับกลุ่มวัย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การโทรวิดีโอคอลด้วยไลน์แอปพลิเคชัน เนื่องจาก เป็นที่นิยมในหมู่ผู้รับบริการของโรงพยาบาลบางปะกง เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่าย สามารถสื่อสาร แบบเรียลไทม์และดำเนินกิจกรรมได้เหมือนมาพบผู้ให้บริการในคลินิก จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริงขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริงและคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัย Retrospective Cohort Study แบบกึ่งทดลอง (quasi experimental) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเดิม โดยใช้แบบเก็บข้อมูลด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวัดผลก่อนและหลังทดลองในระยะเวลาบำบัด 6 เดือนต่อคน ระยะเวลาการศึกษา ติดตามข้อมูลย้อนหลังระยะเวลา 3 ปีงบประมาณที่ผ่านมา (2563 – 2565) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ในการศึกษาวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลที่ถูกบันทึกในฐานข้อมูลเวชระเบียนและรายงานผู้รับบริการของผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการรักษาที่รพ.บางปะกงและได้รับการส่งต่อเข้าคลินิก DPAC และเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวนทั้งสิ้น 22 คน ในจำนวนนี้มีกลุ่มที่มาใช้บริการต่อเนื่องที่คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบคลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic) จำนวนทั้งสิ้น 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลที่ถูกบันทึกในฐานข้อมูล เวชระเบียนและรายงานผู้รับบริการของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาที่รพ.บางปะกงและได้รับการส่งต่อเข้าคลินิก DPAC และเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2565 ทั้งกลุ่มที่มาใช้บริการต่อเนื่องที่คลินิก DPAC และกลุ่มที่มาใช้บริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบคลินิกเสมือนจริง (Virtual Clinic) โดยสุ่มตัวแทนประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตร คำนวณกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กของเครจซี่และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan) โดยใช้การประมาณค่า สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 ระดับ ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความ เชื่อมั่น 95% การศึกษาครั้งนี้มีประชากรที่ต้องการ ศึกษาในกลุ่มที่มารับบริการต่อเนื่องแบบคลินิกเสมือน จริง (Virtual Clinic) จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ผู้วิจัยนำมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 9.77 คน จึงกำหนดกลุ่ม ตัวอย่างรวมทั้งสิ้นกลุ่มละ 10 คน คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากได้กลุ่ม ตัวอย่างจากผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องที่คลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มควบคุม รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ และกลุ่มที่มารับบริการต่อเนื่องที่คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เสมือนจริง (Virtual Clinic) โรงพยาบาลบางปะ กง โดยเลือกทุกคน จำนวน 10 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลอง รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง รวมเป็นกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสิ้น 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1) เวชระเบียนและรายงานผู้รับบริการของ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลบางปะกง และได้รับการส่งต่อเข้าคลินิก DPAC โรงพยาบาลบาง ปะกง ตามแนวปฏิบัติ

2) เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางปะ กง

3) มีประวัติรับการรักษาต่อเนื่องในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกงในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2565

4) สามารถใช้เครื่องมือสื่อสาร ใช้ไลน์ แอปพลิเคชันและอินเทอร์เน็ตได้

5) สามารถวัดความดันโลหิตและเจาะน้ำตาล ปลายนิ้วได้ทุกวันโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล

6) ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่มีโรคร่วม อื่นที่จำเป็นต้องรับการรักษาเฉพาะ ในโรงพยาบาล เช่น ไทรอยด์เป็นพิษ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฤๅลมโป่งพอง ไตวาย (ตั้งแต่ระยะ 4 ขึ้นไป) และหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา ไม่ต่อเนื่องใน ปีงบประมาณ 2563 - 2565

2) ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อ หรือเปลี่ยนแปลง สถานพยาบาลในช่วงเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ

1.1 แบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผล

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบเก็บ ข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ เข้ารับบริการ การวินิจฉัยโรค ข้อมูลความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว น้ำหนัก BMI. และความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.98

1.2 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน

คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเสมือนจริง เป็น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยสุชน คุณรักษาและกนกศรี จาตุจิน 7 โดยนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Diet & Physical Activity : DPAC) จากคลินิก DPAC มาพัฒนาร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning)⁹ และแนวคิดการให้คำปรึกษาเพื่อ หาทางออก (Solution-focused counseling) ที่พัฒนา โดย De Shazer ในปี 1980 ให้สอดคล้องกับแนวคิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นหลัก 3อ. 2ส. 1 พ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ภาพรวมเท่ากับ 0.97 ค่าประสิทธิภาพของ โปรแกรม E1 : E2 เท่ากับ 82.50 : 85.50 ประกอบด้วย กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา 6 เดือน โดยนัดพบกลุ่มครั้งที่ 1 แบบเผชิญหน้าในคลินิก จากนั้นผู้วิจัยให้สมุดคู่มือและผู้วิจัยนำมาสนทนากับ



กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มควบคุมมาพบผู้วิจัยที่คลินิก ส่วนกลุ่มทดลองพบผู้วิจัยทางคลินิกเสมือนจริงผ่านสื่อออนไลน์ ตามระยะเวลา 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 1 เดือน, 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือน ดังนี้

ครั้งที่ 1

ก. การรับรู้และแปลผลสุขภาพ และการปรับแนวคิดเพื่อสร้างพลัง ดึงศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (solution) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบำบัดแบบเผชิญหน้า ทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี และแบบวัดทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเป็นข้อมูลเบื้องต้น ใช้เวลา 15 นาที จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลผลการตรวจร่างกาย นำมาประเมินผลของตนเองว่าอยู่กลุ่มใด ผู้วิจัยให้ความรู้แปลผลสุขภาพ ใช้เวลา 10 นาที จากนั้นเข้าสู่กระบวนการสร้างแนวคิดเพื่อสร้างพลัง ดึงศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (solution) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้เวลา 30 นาที ในขั้นตอนนี้แต่ละคนจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองสู่ และตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในครั้งแรก ผู้วิจัยแจกสมุดประจำตัว ให้ประเมินคะแนนตนเองว่าอยู่ที่คะแนนเท่าไร ทำอะไรมาบ้างแล้ว และต้องทำอะไรเพิ่ม และให้นำกลับไปทำเป็นการบ้าน ผู้วิจัยแอดไลน์ สอนการบำบัดผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ทดสอบจนกลุ่มตัวอย่างมั่นใจ นัดเวลาเพื่อการบำบัดผ่านไลน์ครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2-6

ข. ในการบำบัดผ่านไลน์เยี่ยม 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 1 เดือน, 1 เดือน, 3 เดือน ทุกครั้งจะมีการสรุปผลจากการตั้งเป้าหมาย การประเมินตนเองจากผลการชั่งน้ำหนัก ตรวจน้ำตาลและความดันโลหิต การให้คะแนนตนเอง สรุปผลสำเร็จ จากนั้นนำผลจากกิจกรรมในรอบที่ผ่านมา นำมาตั้งเป้าหมายใหม่ ผู้วิจัยให้แนวทางด้านวิชาการในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่มีเพียงพอ การประเมินความก้าวหน้าด้วยตนเองและค้นหาทางออกที่จะพัฒนาความก้าวหน้าและจัด

กิจกรรมของตนเองในสัปดาห์ต่อไป ใช้เวลา 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อ 1 คน จนครบ 3 เดือน

ค. เมื่อครบ 3 เดือน ผู้วิจัยตั้งประเด็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจากที่ทำกิจกรรมรายบุคคลที่สอดคล้องกับการแปลผลทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ และตั้งเป้าหมายต่อเนื่องเพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพ และตั้งเป้าหมายต่อเนื่องเพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ส่งการบ้านผ่านไลน์ทุกสัปดาห์ จนครบ 6 เดือน หากมีข้อสงสัยให้นัดเวลาในการบำบัดได้ผ่านไลน์

ครั้งที่ 7 เมื่อบำบัดครบ 6 เดือน มีการสรุปผลจากการตั้งเป้าหมาย การประเมินตนเองจากผลการชั่งน้ำหนัก ตรวจน้ำตาลและความดันโลหิต การให้คะแนนตนเอง สรุปผลสำเร็จ จากนั้นกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี และแบบวัดทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลา 15 นาที เพื่อสะท้อนผลการกระทำหรือปรับพฤติกรรมของตนเองทำให้ทราบว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลงจากการทำพฤติกรรมนั้น ๆ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมา หลังจากนั้น สรุปผลการคงพฤติกรรมในอนาคต ทำแบบประเมินความพึงพอใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี ที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถ ทักษะและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (5 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. (10 ข้อ)

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (3 ข้อ)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ)

ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficiency) ตามวิธีของครอนบาค11 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

2.2 แบบวัดทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบประเมินกิจกรรมก่อนและหลังการบำบัด เพื่อวัดทักษะการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert Scaling) จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบลักษณะความถี่ในการแสดงพฤติกรรม ดังนี้

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมสม่ำเสมอทุกวัน

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมมาก (5 วันขึ้นไป)

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมปานกลาง (3-4 วัน)

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมน้อย (1-2 วัน)

ระดับความคิดเห็น 0 หมายถึง ไม่มีการแสดงพฤติกรรมเลย

ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficiency) ตามวิธีของครอนบาค11 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.75

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมหลังการบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert Scaling) จำนวน 5 ข้อ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง มีความต้องการมากที่สุด

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง มีความต้องการมาก

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง มีความต้องการน้อย

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง มีความต้องการน้อย

การแปลผล

ระดับคะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ระดับคะแนน 1.81– 2.60 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย

ระดับคะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง มีพึงพอใจระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

ระดับคะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 1

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ภายหลังโครงการวิจัยอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกงขออนุญาตดำเนินการวิจัย ขอใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน และรายงานผู้รับบริการของผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการรักษาที่คลินิก DPAC รพ.บางปะกง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและรวบรวมบันทึกในแบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลา 1 วัน

3. ผู้วิจัยจัดทำรายงานและเผยแพร่ผลงาน

4. ผู้วิจัยรายงานผลต่อคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาระบบการทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลพื้นฐาน สถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม แบบ nonparametric ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test สถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่าง



ระหว่างกลุ่ม แบบ nonparametric ได้แก่ Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ PH_CCO_REC001/2566 วันที่รับรอง 6 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ เป็นเพศหญิง 7 คน

คิดเป็นร้อยละ 70 เพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 อายุอยู่ระหว่าง 45-54 ปี มากที่สุด จำนวน 5 คน ร้อยละ 50 รองลงมา 55 – 64 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 30 และ 35 – 44 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 20

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง เป็นเพศหญิง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 เพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 อายุอยู่ระหว่าง 35 – 44 ปี มากที่สุด จำนวน 6 คน ร้อยละ 60 รองลงมา 25 – 34 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 20 และ 45-54 กับ 55 – 64 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 10

2. ประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=10)

ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Wilcoxon Value (Z)	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มควบคุม	3.60	1.35	4.70	0.82	-2.63	0.01*
กลุ่มทดลอง	4.00	0.66	5.50	0.52	-2.71	0.01*

*p<.05

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองที่

ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=10)

ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Wilcoxon Value (Z)	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มควบคุม	20.90	4.01	23.5	2.01	-1.36	0.17*
กลุ่มทดลอง	20.20	3.55	24.60	1.83	-2.50	0.01*

*p<.05

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยทักษะหลังเข้า

โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	10	7.75	7.75	-2.31	0.02*
กลุ่มทดลอง	10	13.25	13.25		

* P <.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านทักษะระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	10	8.90	89.75	-1.23	0.21
กลุ่มทดลอง	10	12.10	121.00		

* P <.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านทักษะระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาล (DTX.) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=10)

ระดับน้ำตาล (DTX.)	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Wilcoxon Value (Z)	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มควบคุม	125.10	28.01	94.60	5.35	-2.80	0.01*
กลุ่มทดลอง	107.50	23.19	91.60	5.87	-2.71	0.01*

*p<.05

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาล (DTX.) หลังเข้าโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาล (DTX.) หลังเข้าโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการ (n=10)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		Wilcoxon Value (Z)	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มควบคุม	156.00	11.64	119.80	9.90	-2.80	0.01*
กลุ่มทดลอง	155.90	6.19	115.80	10.57	-2.80	0.01*



* $p < 0.05$

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง แบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความพึงพอใจ

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ของกลุ่มตัวอย่างหลัง เข้าร่วมกิจกรรม (n =20)

รายการ	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
รูปแบบการจัดกิจกรรมโครงการ	4.00	0.53	มาก
ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมโครงการ	4.25	0.56	มากที่สุด
ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	4.15	0.58	มาก
ท่านคิดว่าโครงการนี้มีประโยชน์และนำไปใช้	4.00	0.45	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ	4.05	0.39	มาก
รวม	3.75	0.33	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.75 , 0.33 ($\bar{X}$,SD.) แยกรายด้าน ความพึงพอใจต่อ รูปแบบการจัดกิจกรรมโครงการ อยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.00, 0.53 ($\bar{X}$,SD.) ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมโครงการ อยู่ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.25, 0.56 ($\bar{X}$,SD.) ด้านระยะเวลาในการจัดกิจกรรม อยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.15, 0.58 ($\bar{X}$,SD.) ด้านประโยชน์ของโครงการและการนำไปใช้ประโยชน์ อยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.00, 0.45 ($\bar{X}$,SD.) และด้านภาพรวมความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการอยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.05, 0.39 ($\bar{X}$,SD.)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง และได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง มีความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 2 กลุ่ม

เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนด้านทักษะพบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีทักษะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพียงกลุ่มเดียว แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกง มีทักษะเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะก่อนเข้าโปรแกรม เท่ากับ 20.90 , 4.01 ($\bar{X}$,SD.) และหลังเข้าโปรแกรม เท่ากับ 23.50 , 2.01 ($\bar{X}$,SD.) ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจาก โปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาการเรียนรู้ของตนเอง ซึ่งการมีความรู้ ความเข้าใจที่เพิ่มสูงขึ้นจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้ที่ได้มาวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจาก กระบวนการที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการนำแนวทางการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่มาสร้างกระบวนการซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบการให้คำปรึกษาเพื่อหาทาง

ออก (Solution-focused counseling) ที่นำศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้ และหาทางออกที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จนตกผลึกองค์ความรู้ด้วยตนเอง เกิดการเรียนรู้และพัฒนาจากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ที่มีความรู้และจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือการมีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่สุขภาพที่ถูกต้องได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริงและได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกจะมี ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 2 กลุ่ม เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก โปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถเลือกทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการเกิดพฤติกรรม การจัดการตนเอง (self-management) ในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อีกทั้งการที่ผู้บำบัดนำเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแบบการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) มาใช้ในการตั้งศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับประสบการณ์ของตนเอง โดยเน้นการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ทำได้จริง และเน้นวิธีการตั้งเป้าหมายที่ควรมีลักษณะ ดังนี้ 1) เป้าหมายต้องเป็นเชิงบวกและเข้าใจได้ง่ายด้วยภาษาของสมาชิกเอง 2) เป็นกระบวนการและทำได้จริง 3) เป็นปัจจุบันไม่เพ้อ

ฝัน 4) เป็นรูปธรรม เจาะจง และเห็นผลสำเร็จแน่นอน 5) ทำด้วยตัวสมาชิกเอง (Walter & Peller ,1992) และต้องมาจากกลุ่มตัวอย่างเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายตามเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) ได้มาจากการให้คะแนนตนเอง (Scaling) ร่วมกับการติดตามประเมินตนเอง (Self Monitoring) ผ่านผลระดับน้ำตาลและความดันโลหิตที่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างทำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลง จากการทำพฤติกรรมนั้น ๆ นำไปสู่การเรียนรู้และปรับกระบวนการหรือทักษะของตนเอง จากวิธีการดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเพิ่ม นั่นคือทักษะการตัดสินใจ (decision skill) จากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือมีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือ มีทักษะการตัดสินใจในระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง (self-management) มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือ มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา

ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีความรู้ หลังการทดลองแตกต่างจากผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC โรงพยาบาลบางปะกัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้เช่นเดียวกันแต่ผู้เข้าโปรแกรมฯ เสมือนจริง จะได้รับการนำความรู้ ใส่ไว้ในไลน์แอปพลิเคชัน ทำให้สามารถ

ทบทวนได้ตลอดเวลา ส่งผลให้จดจำความรู้ได้มากกว่า มาที่คลินิก และสามารถปรึกษาผู้บำบัดผ่านไลน์ได้จึงเสมือนมารับการบำบัดที่โรงพยาบาลแต่ไม่ต้องเดินทาง ส่งผลให้ความรู้ในกลุ่มได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

ผู้รับบริการที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง มีทักษะ ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ทั้งสองกลุ่มใช้โปรแกรม ฯ ที่กระบวนการที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ โปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถเลือกทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง (self-management) ในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อีกทั้งการที่ผู้บำบัดนำเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแบบการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก (Solution-focused counseling) ที่นำศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการเรียนรู้ และหาทางออกที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กวินทิพย์ จันทนิยม เพ็ญนภา กุลนาคด และดลดาว วงศ์ธีระธรณ์¹² ที่ศึกษาเรื่อง ผลการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัท การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือพนักงานบริษัทเอกชนฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ที่มีคะแนนความเครียดในการทำงานตั้งแต่ 79 คะแนนขึ้นไปจำนวน 20 คน และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความเครียดในการทำงานและโปรแกรมการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยให้การปรึกษาแก่กลุ่มทดลองจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษาใดๆ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี นิวแมน – คูลส์ ผลการศึกษาพบว่า พนักงานบริษัทกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการทำงานต่ำกว่าพนักงานบริษัทกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพนักงานบริษัทกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการทำงานในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการสื่อสารทางไลน์เป็นการได้รับการบำบัดจากผู้บำบัดโดยตรงเช่นเดียวกันกับกลุ่มที่มารับบริการที่คลินิก ทำให้ไม่มีความแตกต่างของการบำบัดรักษา จึงส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์ สุทธิพร มุลศาสตร์และกฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรชา¹³ ที่ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก ผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งถูกเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นตามแบบจำลองแรงจูงใจ มี

ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการทบทวนความรู้ สร้างแรงจูงใจและติดตามพฤติกรรมลดน้ำหนัก 2) แบบสอบถามแรงจูงใจในการลด น้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนัก 3) เครื่องชั่งน้ำหนัก และ 4) สายวัดรอบเอว แบบสอบถามแรงจูงใจ ในการลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนักมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และ 0.89 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที และสถิติอนุพัราเมตริก

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาของสุตาสินี สุทธิฤทธิ์ ดวงมกล ปิ่นเฉลิยมและทิพย์ขัมพร เกษโกมล¹⁴ ที่ทำการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม ด้วยการสุ่มอย่างง่ายกลุ่มละ 24 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยประยุกต์ใช้การกำกับตนเองของแคนเฟอร์ ประกอบด้วยแผนการสอน คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และสมุดบันทึกการกำกับตนเอง 2) แบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

การนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริงไปใช้อาจนำไปปรับให้เหมาะกับบริบทในแต่ละกลุ่มประชากรและความพร้อมในการใช้เครื่องมือสื่อสารและระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้น ไปศึกษาที่เจาะลึกในกลุ่มที่มีปัญหาในการมารับบริการ เช่น กลุ่มที่เคยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาแล้วแต่ไม่สามารถทำตามวินัยได้ เป็นต้น
2. นำไปศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
3. การพัฒนากระบวนการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์



เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค.(2565).หลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิต (ระดับกลาง).กรุงเทพฯ : e-learning ; เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=19813&deptcode=dncd&news_views=36.
- 2.ไชยยา จักรสิงโต.(2560).ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน.วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยราชภัฏราชบุรี.
- 3.กรมอนามัย.(2561).คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง Diet & Physical Activity(DPAC).กรุงเทพฯ: บ.ทีเอสอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด.
- 4.เสกสรร ไช้เจริญ กนกศรี จาดเงิน, พรวิจิตร ปานนาค และ พรวิมล ขาวทอง.(2565).ประสิทธิผลการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัวบางบัว.ฉะเชิงเทรา : โรงพยาบาลบางปะกง.
- 5.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560.3.ปฐมธานี:ร่มเย็น มีเดีย.
- 6.Walter, J.L., & Peller, J.E. (1992). Becoming Solution-focused in Therapy. New York : Brunner/Mazel, INC.
- 7.สุนัน คุณรักษา, กนกศรี จาดเงิน.การพัฒนาระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลบางปะกง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏราชบุรี. 2564;13(2):106-124.
- 8.นันทวัน ป้อมค่าย อภิชาติ แสงสว่าง และปัญญา ชูเลิศ.(2564) Virtual Community (ชุมชนเสมือนจริง) ...ทางเลือกวิถีกระฉับกระเฉง. ; เข้าถึงได้จากhttps://tpak.or.th/th/article_print/378
- 9.mediathailand Thailand.(2020).Adult Learning Theory. Retrieved Febuary 20,2020. From http://mediathailand.blogspot.com/2012/05/blog-post_1880.html
- 10.Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control.(2020). Strategic Plan for Prevention and Control of Non-communicable diseases at the national level for 5 years (2017-2020). Nonthaburi : The company Emotionart Co., Ltd. (In Thai).
- 11.Cronbach, L. J. (1970). Essentials of Psychological Test (5th ed.). New York. Harper Collins.
12. กวินทิพย์ จันทนิม เพ็ญญา กุลนาคและดลดาว วงศ์ธีระธรรณ.(2563).ผลการปรึกษาออนไลน์รายบุคคลทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัท.วารสารการวัดผลการศึกษา.37(101) : 114-126.
- 13.อดุลย์ วุฒิจรัสพันธุ์ สุทธิพร มูลศาสตร์และกฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรขา.(2562).ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล.35(2) : 57-70.
- 14.สุดาสินี สุทธิฤทธิ์ ดวงมล ปิ่นเฉลียวและทิพย์ขัมพร เกษโกมล.(2561).ประสิทธิผลโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารพยาบาลตำรวจ.10 (2) : 330-339.
- 15.De Shazer, S.(1991). Putting Difference to Work. New York: W.W. Norton & Company.
- 16.Health Education Team. (2019). Health behavior modifying of Bangpakong hospital public health personel Reports.Chachoengsao : Bangpakong Hospital.(In Thai).