Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.2 April-June 2024

รูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of care and surveillance of risk complications in patients with diabetes and high blood pressure In the Kamalasai Subdistrict Municipality, Kamalasai District, Kalasin Province

(Received: June 24,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

ปักษิณ สารชัย[1] **,ดวงฤทัย ชาติแพงตา**[1]
Paksin Sarachai [1] **,Duangruthai Chatpaengta**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีกลุ่มตัวอย่างเป้นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบประเมินพฤติกรรมการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ2ส เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง จำนวน 8 ด้าน ดังนี้ 1) ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ 4) ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6) ผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ 7) ผลการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ 8) ผลของ อ.1 อาหาร, อ.2 ออกกำลังกาย และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง คือด้าน ส.1การสูบบุหรี่ และส.2สุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTACT

The action research, there were 60 diabetic patients. Data analysis comparison of the mean of health literacy on health behavior change among diabetic patients and Hypertension patient. Before and after using the guideline, using Paired sample t-test statistics, the level of statistical significance was set at 0.05.

Results: The average of the sample after the experiment was higher than before the experiment in 8 aspects as follows: 1) the results of access to health information and services 2) the results of understanding health information and services 3) the results of questioning interactions to increase knowledge and understanding 4) Result of health decisions 5) Result of changing one's own health behavior 6) Result of spreading health information 7) Result of spreading health information 8) Result of O.1 Food, O.2 Exercise and after the experiment, the mean value was lower than before the experiment, namely S.1 smoking and S.2 alcohol. The mean after the experiment was lower than before the experiment. Statistically significant at 0.05

Keyword : Health literacy, Behavior Change, Diabetes Patients

บทนำ

การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 70.00 ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 (ร้อยละ 71.68, 70.58 และ 71.72 ตามลำดับ) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่เกินร้อยละ 60.00 (กรมควบคุมโรค, 2564)[1]

สำหรับประเทศไทย, พบว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วย

[1] โรงพยาบาลกลมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

โรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักของโรค NCDs อื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2565)[2]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน โรคนี้ได้คุกคามเข้าไปในกลุ่มของเด็กๆมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานจากภาวะอ้วน อันเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย จนทำให้การหลั่งและการทำงานของอินซูลินมีปัญหา นอกจากนี้ในประเทศกำลังพัฒนาโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่พบมากขึ้น เนื่องจากลักษณะของการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบตะวันตก ทำให้ได้รับอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น[2]

พื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรกลางปีจำนวน 61,465 คน เพศชาย 30,120 คน เพศหญิง 31,345 คน สถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงอำเภอกมลาไสย จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1423 ราย โรคความดันโลหิตสูง 4774 ราย และผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง 4022 ราย เขตเทศบาลตำบลกมลาไสยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 401คนจำนวน โรคความดันโลหิตสูง 388 ราย โรคเบาหวานมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง 501 ราย

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่เทศบาลตำบลกมลาไสย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะการณ์ในประเทศไทยที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว จากสถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลกำหนดนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะสามารถลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังเห็นได้จากยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ในยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนครอบคลุมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ การเปลี่ยนตามวัยในระบบต่างๆ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมากกว่าวัยอื่นทำให้ความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกมิติในภาวะความเจ็บป่วยของโรคและการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูง การมีระบบบริการที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อการสื่อสารที่เหมาะสม อีกทั้งทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ทีมสุขภาพชุมชนและทีมกู้ชีพในท้องถิ่น จำเป็นจะต้องมีความรู้และทักษะในเรื่องเฝ้าระวังการป้องกันโรคและช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การประเมินสัญญาณเตือน (warning sign) การนวดหัวใจ และการโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ เป็นต้น จะเป็นปัจจัยส่งเสริมการรอดชีวิตในภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย

(BMI) โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรคและมีรายงานการศึกษาพบว่าผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง[3] อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับโรคที่ประสบอยู่ในขณะนั้น และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์และหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ แผลเท้าเน่าดำต้องตัดขาโรคไตและตาบอด หรือผลพวงจากภาวะไตเสื่อมจนต้องได้รับการฟอกไตในที่สุดทำให้เกิดภาวะทุพลภาพและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการบรรยาย วิดิทัศน์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกิจกรรมประกอบด้วย

1.1 การสร้างแนวคิดเพื่อดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.2 ค่านิยมที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.3 การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย

1.4 การค้นหาปัจจัยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ2ส เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

2.3 แบบวัดความพึงพอใจ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม

และรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านโรค NCDs ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธีหาความสอดคล้องจากค่า IOC และผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ถูกต้องที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะทั่วไป โดยตัวแปรประเภทแจงนับ (Categorical data) นำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum) สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ใช้สถิติ Paired sample t–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการวิจัย KLS.REC 167/2566

ผลการวิจัย

1. ผลของรูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างแนวคิดเพื่อดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) ค่านิยมที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย และ 4) ปัจจัยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

ร่วมกับกิจกรรมหรือข้อมูลที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ วิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีความจำเป็นต้องทราบและรู้ถึงของมูลที่จำเป็นจนสามารถนำมาออกแบบในการเสริมสร้างความรอบรู้ได้ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยศึกษาเรื่องของการอ่านเอกสาร และทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอื่น ๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหา ความมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้ การตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูล การเข้าไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยศึกษาคำอธิบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือแผ่นพับโปสเตอร์ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ การทำความเข้าใจในผลการตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนี มวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ โดยให้ผู้ป่วยศึกษาถึงวิธีการบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านให้หมอ พยาบาล หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจสุขภาพ การซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพ

เพื่อนำมาดูแลสุขภาพ ความสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายสงสัย การแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง การนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆที่น่าเชื่อถือมาใช้ประกอบการยืนยันข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจทำตาม การไตร่ตรองถึงเหตุผลความเป็นจริงของประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจ จนสามารถใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย สามารถวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี การคอยเตือนตนเองให้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับครอบครัว คนในชุมชนหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยศึกษาถึงวิธีการชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเขาได้และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น วิธีการเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นต้น และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สามารถเสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับผู้อื่น เช่น เพิ่มผักผลไม้ลดโรคเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และท้ายสุดจนสามารถทำให้เป็นตัวแบบหรือแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ

2. ผลการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.450 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน (S.D. = 0.523 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.426-0.750), ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.615 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 คะแนน (S.D. = 0.722 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.256-0.755), ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.442 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน (S.D. = 0.559 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.923-1.302), ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.631 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D. = 0.657 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.509-0.983), ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.692 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 คะแนน (S.D. = 0.469 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.312-0.755) และผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.635 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D. = 0.729 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.378-0.689) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ชื่อตัวแปร	n	$\overline{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ								
หลังทดลอง	60	4.08	0.450	7.269	0.588	59	0.426-0.750	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.49	0.523					
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ								
หลังทดลอง	60	3.98	0.615	4.048	0.506	59	0.256-0.755	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.48	0.722					
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ								
หลังทดลอง	60	4.10	0.442	11.737	1.113	59	0.923-1.302	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	2.99	0.559					
การตัดสินใจด้านสุขภาพ								
หลังทดลอง	60	3.92	0.631	6.303	0.746	59	0.509-0.983	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.17	0.657					
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง								
หลังทดลอง	60	3.54	0.692	4.818	0.533	59	0.312-0.755	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.01	0.469					
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ								
หลังทดลอง	60	3.81	0.635	6.524	6.874	59	0.378-0.689	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.28	0.729					

3. ผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผลของอ1.อาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.533 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.652 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.520-0.903), ผลของ อ2.ออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.884 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.710 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.010, 95%CI = -0.098-0.686), ผลของ อ3.อารมณ์ (จัดการความเครียด) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.856 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 คะแนน (S.D. = 0.638 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.062, 95%CI = -0.014-0.564), ผลของ ส1.การสูบบุหรี่ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่ต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.770 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 คะแนน (S.D. = 0.939 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value =0.012, 95%CI = 0.096-0.760), และผลของการ ส

2.สุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการดื่มสุราต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.701 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 คะแนน (S.D. = 0.743 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.545-1.038) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ2ส ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95%CI	p-value
อ1.อาหาร								
หลังทดลอง	60	3.91	0.533	7.429	0.711	59	0.520-0.903	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.20	0.652					
อ2.ออกกำลังกาย								
หลังทดลอง	60	3.59	0.884	2.666	0.392	59	0.098-0.686	0.010
ก่อนทดลอง	60	3.20	0.710					
อ3.อารมณ์ (จัดการความเครียด)								
หลังทดลอง	60	3.38	0.856	1.903	0.275	59	-0.014-0.564	0.062
ก่อนทดลอง	60	3.11	0.638					
ส1.การสูบบุหรี่								
ก่อนทดลอง	60	3.42	0.939	2.577	0.428	59	0.096-0.760	0.012
หลังทดลอง	60	2.99	0.770					
ส2.สุรา								
ก่อนทดลอง	60	4.01	0.743	3.050	6.431	59	0.545-1.038	<0.001**
หลังทดลอง	60	3.22	0.701					

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.450 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน (S.D. = 0.523 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.426-0.750) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ[3] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.615 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 คะแนน (S.D. = 0.722 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.256-0.755) แต่ไม่สอดคล้องกับกับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ[3] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.442 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน (S.D. = 0.559 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.923-1.302) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ[4] ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05)

ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.631 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D. = 0.657 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.509-0.983) สอดคล้องร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A,[5] รูปแบบ "5 ขั้นตอนพิชิตเบาหวานความดัน" ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ 2) เปลี่ยนวิธีคิดชีวิตเปลี่ยน 3) เข็มมุ่ง พุ่งเป้าหมาย 4) เปลี่ยนชีวิตด้วยมือเรา 5) ปฏิบัติเป็นนิจเพื่อชีวิตที่ดี ประเมินผลก่อนหลัง 12 สัปดาห์ร่วมกับการจัดการตนเองตามแบบแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อแนวใหม่ทำให้โรคสงบด้วยตนเองตามหลัก 4อ.2ป.[6, 7] คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เอาพิษออกและปฏิบัติทุกสัปดาห์คือการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมจดบันทึกด้วยตนเองเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมีการติดตามสถานะสุขภาพจนครบ 1 ปี ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองรายงานผลทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.692 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 คะแนน (S.D. = 0.469 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.312-0.755) สอดคล้องกับ รัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของผู้สูงอายุตอนต้น พบว่า ผลการศึกษาพบว่าก่อนทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.05) หลังทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P < 0.001) หลังติดตามจนครบ 1 ปี โดยให้รายงานผลการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองตามหลัก 4อ. 2ป. เป็นกลวิธีที่สำคัญให้ผู้สูงอายุและครอบครัวนำไปจัดการตนเองจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ควบคุมน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตให้ปกติ ได้รับการปรับลดยาเข้าสู่

ระยะโรคสงบ และสอดคล้องกับร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A,[5] รูปแบบ "5 ขั้นตอนพิชิตเบาหวานความดัน" ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ 2) เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน 3) เข็มมุ่งพุ่งเป้าหมาย 4) เปลี่ยนชีวิตด้วยมือเรา 5) ปฏิบัติเป็นนิจเพื่อชีวิตที่ดี ประเมินผลก่อนหลัง 12 สัปดาห์ ร่วมกับการจัดการตนเองตามแบบแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อแนวใหม่ทำให้โรคสงบด้วยตนเองตามหลัก 4 อ.2ป.[6, 7] คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เอาพิษออกและปฏิบัติทุกสัปดาห์คือการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมจดบันทึกด้วยตนเองเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมีการติดตามสถานะสุขภาพจนครบ 1 ปี ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองรายงานผลทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์

ผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.635 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D. = 0.729 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.378-0.689) สอดคล้องกับสอดคล้องกับ รัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของผู้สูงอายุตอนต้น พบว่า ผลการศึกษาพบว่า ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.05) หลังทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P < 0.001) หลังติดตามจนครบ 1 ปี โดยให้รายงานผลการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองตามหลัก 4อ. 2ป. เป็นกลวิธีที่สำคัญให้ผู้สูงอายุและครอบครัวนำไปจัดการตนเองจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ควบคุมน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตให้ปกติ ได้รับการปรับลดยาเข้าสู่ระยะโรคสงบ

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายในกลุมทดลอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลของอ1.อาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.533 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.652 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.520-0.903) สอดคล้องกับ การศึกษาของ รชานนท์ ง่วนใจรักและคณะ ที่พบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. และการสอนแบบสไปซ์ (Spice) ทำให้ผู้เรียนเกิดพลังอำนาจในตนเอง รวมถึงวิธีปฏิบัติจัดการโรคสอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเป็นสุขนิสัย ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ และสอดคล้องกับการศึกษาสอดคล้องกับร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A[5] รูปแบบ "5 ขั้นตอนพิชิตเบาหวานความดัน" ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ 2) เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน 3) เข็มมุ่ง พุ่งเป้าหมาย 4) เปลี่ยนชีวิตด้วยมือเรา 5) ปฏิบัติเป็นนิจเพื่อชีวิตที่ดี ประเมินผลก่อนหลัง 12 สัปดาห์ ร่วมกับการจัดการตนเองตามแบบแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อแนวใหม่ทำให้โรคสงบด้วยตนเองตามหลัก 4 อ.2ป.[26, 27] คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เอาพิษออกและปฏิบัติทุกสัปดาห์คือการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมจดบันทึกด้วยตนเองเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมีการติดตามสถานะสุขภาพจนครบ 1 ปี ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองรายงานผลทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์

ผลของ อ2.ออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.884

คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.710 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.010, 95%CI = -0.098-0.686) สอดคล้องกับ การศึกษาของ รชานนท์ ง่วนใจรักและคณะ ที่พบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. และการสอนแบบสไปซ์ (Spice) ทำให้ผู้เรียนเกิดพลังอำนาจในตนเอง รวมถึงวิธีปฏิบัติจัดการโรค และสอดคล้องกับร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A[5] รูปแบบ "5 ขั้นตอนพิชิตเบาหวานความดัน" ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ 2) เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน 3) เข็มมุ่ง พุ่งเป้าหมาย 4) เปลี่ยนชีวิตด้วยมือเรา 5) ปฏิบัติเป็นนิจเพื่อชีวิตที่ดี ประเมินผลก่อนหลัง 12 สัปดาห์ร่วมกับการจัดการตนเองตามแบบแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อแนวใหม่ทำให้โรคสงบด้วยตนเองตามหลัก 4อ.2ป.[6, 7] คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เอาพิษออกและปฏิบัติทุกสัปดาห์คือการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมจดบันทึกด้วยตนเองเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมีการติดตามสถานะสุขภาพจนครบ 1 ปี ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองรายงานผลทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์ และสอดคล้องกับ วัชราพร เนตรคำยวง (2566)[7] ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001)

ผลของ อ3.อารมณ์ (จัดการความเครียด) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.856 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 คะแนน (S.D. = 0.638 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.062, 95%CI = -0.014-0.564) สอดคล้องกับการศึกษาของ รชานนท์ ง่วนใจรักและคณะ[9] ที่พบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. และการสอนแบบสไปซ์ (Spice) ทำให้ผู้เรียนเกิดพลังอำนาจในตนเอง รวมถึงวิธีปฏิบัติจัดการโรคสอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเป็นสุขนิสัย ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ และสอดคล้องกับ วัชราพร เนตรคำยวง (2566)[10] ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) และสอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2566)[11] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วนบุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทาน

ยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน ลดบุหรี่ ลดสุรา (3 ลด) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลของ ส1.การสูบบุหรี่ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่ต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.770 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 คะแนน (S.D. = 0.939 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value =0.012, 95%CI = 0.096-0.760) สอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2566)[11] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ผลของการ ส2.สุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการดื่มสุราต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.701 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 คะแนน (S.D. = 0.743 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.545-1.038) สอดคล้องกับ การศึกษาของ รชานนท์ ง่วนใจรักและคณะ[9] ที่พบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. และการสอนแบบสไปซ์ (Spice) ทำให้ผู้เรียนเกิดพลังอำนาจในตนเอง รวมถึงวิธีปฏิบัติจัดการโรคสอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเป็นสุขนิสัย ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ และสอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2566)[11] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และนำแนวทางหรือรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเพื่อหาแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะหรือป้องกัน และท้ายสุดผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้เกิดคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และควรเพิ่มการวัดความถี่ในการติดตามให้มากกว่าทุกการติดตามทุก 2 เดือนของคลินิก NCDs) เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถทราบข้อมูลที่แท้จริงจนนำมาวางแผนให้เกิดรูปแบบแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ได้ในลำดับต่อไป และควรมีการวัดผลก่อนและหลังดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยจากโรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=169", 2564.
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์ โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำ ให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ใน ทุกๆ 5 วินาที. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/18125 6/, 2565.
3. สมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/260934/178434
4. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997.
5. สมเกียรติ อินทะกนก, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, รชานนท์ ง่วนใจรัก, ชูสง่า สีสัน,ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. 2564;27(1):56-67
6. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. บทสรุปผลการดำเนินงานจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้องรังด้วยหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน)โรงพยาบาลปักธงชัยร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (พฤศจิกายน 2564-ตุลาคม 2566): อัดสำเนา. 2566.
7. รัฏฐธินีย์ ธนเศรษฐ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของผู้สูงอายุตอนต้น. วารสานวิชการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุบลราชธานี, 2567; 2(2): 58-77 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JODPC8/article/view/1857/1496
8. รชานนท์ ง่วนใจรัก, นฤพร พร่องครบุรี, วรลักษณ์ สมบูรณ์นาดี, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, ฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์,อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลตะขบ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา.วารสารสุขศึกษา. 2565;45(1):40-55.
9. วัชราพร เนตรคำยวง (2566) ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/260493/180276
10. อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, นงณภัทร รุ่งเนย 2566. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วารสารวิชาการสาธารณสุข ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13627/11096