การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน เพื่อลดการใช้ยาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย

Development of an Integrated Multidisciplinary and Community-Based Diabetes Remission Care Model to Reduce Medication Use and Control Blood Glucose Levels at Sangkhom Hospital, Nong Khai Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September29,2025 ; Accepted: September30,2025)

ฉันทพิชญา เวียงอินทร์[1] รัศมี ทิพชัย[2] ณัฐธยาน์ วงศ์ประเทศ[3] ต้นตระการ เมืองเหนือ[4] ชัชวาลย์ หมื่นสา[5]
Chantapichaya Vieng-in[1] Rasamee Tipchai[2] Nuttaya Wongpratet[3] Tontrakran Muangnua[4] Chutchawal Mueasa[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน และศึกษาผลต่อแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมการดูแลตนเอง การลดการใช้ยา และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 47 คน ระยะที่ 2 เป็นการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 80 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น และข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test, independent t-test และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจ และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (63.58±7.89 เทียบกับ 52.15±9.95, p<0.001) และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า (88.95±11.35 เทียบกับ 76.27±12.45, p<0.001) กลุ่มทดลองสามารถลดการใช้ยาเบาหวานจาก 1.90±0.71 เป็น 1.35±0.65 ชนิด (p<0.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (1.88±0.72 เป็น 1.85±0.70, p>0.05) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 6.85±0.25% เป็น 6.55±0.26% ที่ 6 เดือน แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: ภาวะเบาหวานสงบ เวชศาสตร์วิถีชีวิต การสร้างเสริมแรงจูงใจ การดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน

Abstract

This study was quasi experiment research aimed to develop an integrated diabetes remission care model using multidisciplinary teams and community-based continuous care, and to examine its effects on motivation for behavioral change, self-care behaviors, medication reduction, and glycated hemoglobin (HbA1c) levels. This study was conducted in two phases. Phase 1 involved developing the care model through focus group discussions with 47 stakeholders. Phase 2 model experimental. Sample size were 80 patients with type 2 diabetes randomly assigned to experimental (n=40) and control (n=40) groups. The experimental group received the developed care model based on Lifestyle Medicine and Motivational Interviewing for 24 weeks, while the control group received standard care. Data were

[1] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังคม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสังคม
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังคม
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสังคม
[5] แพทย์แผนจีน โรงพยาบาลสังคม

collected using validated questionnaires and clinical records. Statistical analyses included paired t-test, independent t-test, and descriptive statistics.

Results: The developed care model integrated Lifestyle Medicine, Motivational Interviewing techniques, and integrated continuity of care involving multidisciplinary teams and community participation. After the intervention, the experimental group showed significantly higher motivation scores (63.58±7.89 vs 52.15±9.95, p<0.001) and self-care behavior scores (88.95±11.35 vs 76.27±12.45, p<0.001) compared to the control group. The experimental group significantly reduced diabetes medication use from 1.90±0.71 to 1.35±0.65 types (p<0.001), while the control group showed minimal change (1.88±0.72 to 1.85±0.70, p>0.05). HbA1c levels decreased in the experimental group from 6.85±0.25% to 6.55±0.26% at 6 months, though between-group differences were not statistically significant (p>0.05).
Keywords: diabetes remission, lifestyle medicine, motivational interviewing, community-based care

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากรายงานสหพันธ์เบาหวานนานาชาติพบว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 783 ล้านคนในปี 2588[1] ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 8.7[2] ในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2563) พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2563[3] ในจังหวัดหนองคายอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 635.90 ในปี 2565 เป็น 874.38 ในปี 2567[4] ที่โรงพยาบาลสังคม พบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2568 มีเพียงร้อยละ 29.78 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 40)[4]

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันยังขาดการบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ[5] รวมถึงขาดการประยุกต์ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[6] เวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารที่ดี การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติดและสารพิษ การนอนหลับที่เพียงพอ และสัมพันธภาพทางสังคม เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการโรคเบาหวาน[7,8,9,10] เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน[11,12,13] การศึกษาแสดงให้เห็นว่าเทคนิค MI สามารถลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง[4,5] ในประเทศไทย โปรแกรมการดูแลตนเองโดยชุมชนมีส่วนร่วมแสดงผลลัพธ์เชิงบวกในการจัดการโรคเบาหวาน[6]

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการที่ผสมผสานหลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิต เทคนิค MI และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน เพื่อลดการใช้ยาและปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาล

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน ดำเนินการ 2 ระยะ ที่โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม 2568

ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบการดูแลผ่านการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2: การทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการที่โรงพยาบาลสังคม จำนวน 304 คน (ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2567) ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับ independent t-test (effect size=0.6, α=0.05, power=0.80) ได้ 36 รายต่อกลุ่ม เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงใช้กลุ่มละ 40 ราย รวม 80 ราย[7,8]

เกณฑ์คัดเข้า: (1) อายุ 20-59 ปี (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (3) มีระดับ HbA1c ≥7.0% จากการตรวจครั้งล่าสุดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากเบาหวาน (5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี (6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก: (1) มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชที่อยู่ระหว่างการรักษา (2) มีโรคร่วมรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ (3) ตั้งครรภ์หรืออยู่ในระยะให้นมบุตร (4) ขอถอนตัวจากการวิจัย (5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน (6) มีแผนย้ายที่อยู่หรือเปลี่ยนสถานที่รักษาในช่วง 6 เดือน (7) ไม่มีโทรศัพท์มือถือสำหรับการติดตามผล (8) ไม่มีผู้ดูแลหลักหรือระบบสนับสนุนทางสังคม

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการทดลอง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม ครอบคลุม: ปัญหาปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มุมมองต่อเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ บทบาทของทีมสหวิชาชีพและชุมชน และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแล

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก รวบรวม: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคร่วม ข้อมูลสัดส่วนร่างกาย และชนิดยาเบาหวาน

3. แบบสอบถามแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Miller และ Rollnick[1] [9] ประเมิน: (ก) ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง (5 ข้อ) (ข) ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (5 ข้อ) (ค) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (5 ข้อ) คะแนนรวม 15-75 คะแนน ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.80 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha): 0.89

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต ครอบคลุม 6 ด้าน: (1) กิจกรรมทางกาย (2) โภชนาการ (3) การจัดการความเครียด (4) การหลีกเลี่ยงสารเสพติด (5) การนอนหลับ (6) สัมพันธภาพทางสังคม มี 30 ข้อคำถาม ใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวม 30-120 คะแนน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.88 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha): 0.94

5. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวนเม็ดยาเบาหวาน บันทึกค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) ที่จุดเริ่มต้น 12, 24 สัปดาห์

การทดลอง

กลุ่มทดลอง: ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ประกอบด้วย: รับไว้ในโรงพยาบาล 2 วัน 1 คืน พร้อมประเมินโดยทีมสห

วิชาชีพ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลด้วย D-METHOD เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขภายใน 7 วัน ติดตามทาง Telemedicine/โทรศัพท์ทุกสัปดาห์ นัดติดตามที่คลินิกทุก 3 เดือน (สัปดาห์ที่ 12 และ 24) ให้คำปรึกษาด้วยเทคนิค MI และกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในชุมชน

กลุ่มควบคุม: ได้รับการดูแลแบบปกติตามโปรโตคอลของโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลระยะที่ 1 เก็บรวบรวมผ่านการสนทนากลุ่มกับ 3 กลุ่ม (ทีมสหวิชาชีพ ผู้แทนชุมชน ผู้ป่วย/ญาติ) และวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อมูลระยะที่ 2 เก็บรวบรวมที่จุดเริ่มต้นและสัปดาห์ที่ 12, 24 หลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและการประเมินทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์เนื้อหาผ่านการจัดกลุ่มข้อมูล จัดหมวดหมู่ และระบุประเด็นสำคัญอย่างเป็นระบบ

ข้อมูลเชิงปริมาณ: สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบภายในกลุ่ม Independent t-test สำหรับเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบการดูแล

การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 47 คน ระบุประเด็นสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัญหาปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (2) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล (3) องค์ประกอบของรูปแบบการดูแล (4) การประเมินความเป็นไปได้ และ (5) การประเมินผล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน" โดยบูรณาการ 3 แนวคิดหลัก: (1) เวชศาสตร์วิถีชีวิต (6 องค์ประกอบ) (2) เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจ (4 หลักการ) และ (3) การดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการเชื่อมโยงโรงพยาบาลและชุมชน

ระยะที่ 2: ผลของรูปแบบการดูแล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.0 ในกลุ่มควบคุม) อายุเฉลี่ย 58 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และเป็นเบาหวานประมาณ 7 ปี

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 52.55±9.80 เป็น 63.58±7.89 ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 50.75±10.37 เป็น 52.15±9.95 ($p>0.05$) หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 77.70±13.20 เป็น 88.95±11.35 ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 75.45±12.80 เป็น 76.27±12.45 ($p>0.05$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

กลุ่มทดลองลดจำนวนชนิดยาเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญจาก 1.90±0.71 เป็น 1.35±0.65 ($p<0.001$) คิดเป็นการลดร้อยละ 29 กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (1.88±0.72 เป็น 1.85±0.70, $p>0.05$) การใช้ยาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 6.85±0.25% ที่จุดเริ่มต้นเป็น

6.62±0.27% ที่ 3 เดือน และ 6.55±0.26% ที่ 6 เดือน กลุ่มควบคุมลดลงจาก 6.82±0.28% เป็น 6.70±0.29% ที่ 3 เดือน และ 6.60±0.28% ที่ 6 เดือน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แม้ว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองแสดงแนวโน้มการลดลงของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ที่ดีกว่า โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาร่วมกับการลดการใช้ยาที่มีนัยสำคัญ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้พัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการที่ผสมผสานเวชศาสตร์วิถีชีวิต เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจ และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน รูปแบบนี้ประสบความสำเร็จในการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดการพึ่งพายาอย่างมีนัยสำคัญ

การปรับปรุงแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 21 ในคะแนนรวม p<0.001) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่แสดงประสิทธิผลของ MI ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[4,5] ซึ่งแตกต่างจาก Cheng et al.[20] ที่พบว่าการใช้ MI แบบสั้นไม่มีประสิทธิผล การทดลองแบบต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ของเราพร้อมการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและชุมชนให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่ามาก

การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองในทุกมิติของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.5, p<0.001) ตรงข้ามกับผลการศึกษาของ Galaviz et al.[21] ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญด้วยโปรแกรมออนไลน์เพียงอย่างเดียว แนวทางผสมผสานของเราที่รวมการพบปะตัวต่อตัว การเยี่ยมบ้าน และระบบ telemedicine ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยไทยที่แสดงคุณค่าของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน[16]

การลดยาได้ร้อยละ 29 ภายใน 12 สัปดาห์ (p<0.001) มีความหมายทางคลินิกและสนับสนุนหลักการหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดการพึ่งพายาได้[7] แม้จะเทียบได้กับการศึกษา DiRECT ที่มีอัตราหยุดยาร้อยละ 46[22] แต่การวิจัยของเราใช้แนวทางวิถีชีวิตแบบองค์รวมมากกว่าการเน้นการลดน้ำหนักอย่างเข้มข้น ซึ่งอาจมีความยั่งยืนในระยะยาวมากกว่า

การลดลงของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) จาก 6.85% เป็น 6.55% (ลด 0.3%) แม้จะไม่บรรลุเกณฑ์ภาวะเบาหวานสงบที่ <6.5% แต่ถือเป็นการปรับปรุงที่มีความหมายทางคลินิก เนื่องจากการลด HbA1c ลงทุกๆ 1% สามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้ร้อยละ 21[1] สิ่งที่น่าสังเกตคือกลุ่มทดลองบรรลุการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับเทียบเท่ากันด้วยยาที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถทดแทนการใช้ยาได้ในระดับหนึ่ง

ข้อจำกัดของการศึกษารวมถึงระยะเวลาติดตามที่ค่อนข้างสั้น (6 เดือน) ซึ่งไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการรักษาภาวะเบาหวานสงบในระยะยาว การวิจัยในอนาคตควรขยายระยะเวลาติดตามเป็น 1-2 ปี และรวมผลลัพธ์เพิ่มเติมเช่น คุณภาพชีวิต ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน

สรุป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชนสามารถเพิ่มแรงจูงใจ ปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดการพึ่งพายาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิผล แม้จะยังไม่บรรลุภาวะเบาหวานสงบภายในกรอบเวลาการศึกษา แต่รูปแบบนี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพเป็น

แนวทางที่ยั่งยืนในการจัดการโรคเบาหวานที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตมากกว่าการพึ่งพายา จำเป็นต้องมีการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินการบรรลุและรักษาภาวะเบาหวานสงบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสังคม อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract. 2022;183:109119.
2. Nanditha A, Ma RC, Ramachandran A, Snehalatha C, Chan JC, Chia KS, et al. Diabetes in Asia and the Pacific: Implications for the Global Epidemic. Diabetes Care. 2016;39(3):472-85.
3. Aekplakorn W, Puckcharern H, Thaikla K, Satheannoppakao W. Association of dietary calcium intake and diabetes in Thai population: National Health Examination Survey IV. J Diabetes Res. 2021;2021:6634637.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
5. Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, Regis L, Rego FG, Fernandez-Llimos F. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. Diabetol Metab Syndr. 2016;8:7.
6. Christie D, Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in pediatric and adult populations: a clinical review. Diabetes Obes Metab. 2014;16(5):381-7.
7. Romagnolo DF, Selmin OI. Mediterranean Diet and Prevention of Chronic Diseases. Nutr Today. 2017;52(5):208-22.
8. Kirwan JP, Sacks J, Nieuwoudt S. The essential role of exercise in the management of type 2 diabetes. Cleve Clin J Med. 2017;84(7 Suppl 1):S15-S21.
9. Kolb H, Martin S. Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. BMC Med. 2017;15(1):131.
10. Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. Nat Rev Endocrinol. 2009;5(5):253-61.
11. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
12. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. Patient Educ Couns. 2016;99(6):944-52.
13. Gao J, Wang J, Zhu Y, Yu J. Validation of an information-motivation-behavioral skills model of self-care among Chinese adults with type 2 diabetes. BMC Public Health. 2013;13:100.
14. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. Patient Educ Couns. 2016;99(6):944-52.
15. Welch G, Zagarins SE, Feinberg RG, Garb JL. Motivational interviewing delivered by diabetes educators: does it improve blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients? Diabetes Res Clin

Pract. 2011;91(1):54-60.

16. วลัยพร รุ่งเรือง, รจนา วรวิทย์ศรางกูร, อรอุมา จันธานี. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยและสิ่งแวดล้อมชุมชน. 2567;9(2):109-17.
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
18. Suresh K, Thomas SV, Suresh G. Design, data analysis and sampling techniques for clinical research. Ann Indian Acad Neurol. 2011;14(4):287-90.
19. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
20. Cheng D, Qu Z, Huang J, Xiao Y, Luo H, Wang J. Motivational interviewing for improving recovery after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(6):CD011398.
21. Galaviz KI, Narayan KMV, Lobelo F, Weber MB. Lifestyle and the prevention of type 2 diabetes: A status report. Am J Lifestyle Med. 2018;12(1):4-20.
22. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(5):344-55.