ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ จังหวัดอุบลราชธานี

Effectiveness of an Empowerment Program for Caregivers of Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes in Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ณัฐพร ทองวรรณ[1] สุทธีพร มูลศาสตร์[2] สมนึก สกุลหงส์โสภณ[3]
Nattaporn Thongwan[1] Sutteeporn Moolsart[2] Somnuk Sakulhongsophon[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองผู้ดูแลมีพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล โรคเบาหวานชนิดที่ 2 คุณภาพชีวิต การจัดการความเครียด

Abstract

This research aimed to study the effect of an empowerment program on caregiver empowerment and stress management behaviors, blood glucose levels, and quality of life of older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. This research was a quasi-experimental design with two groups, measuring results before and after the intervention. The sample consisted of caregivers and older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus in Ubon Ratchathani Province. The sample was randomly selected using simple random sampling, with 28 participants in the experimental group and 30 participants in the control group. Data were collected by Blood glucose meters, Questionnaires on caregiver empowerment and stress management behaviors and a questionnaire on the quality of life of older adults diabetic patients. Data were analyzed using descriptive statistics and the t-test.

The research results showed that the experimental group of caregivers had significantly better empowerment and stress management behaviors than before the program and than the control group ($p < .05$). Furthermore, older adults diabetic patients had lower blood sugar levels than before the program and than the control group ($p < .05$), and their quality of life was significantly better than before the program and than the control group ($p < .05$).

Keywords: Empowerment, Caregivers, Diabetes Mellitus Type 2, Quality of life, Stress Management

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รศ.ดร.อาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Corresponding Author: Sutteeporn Moolsart

[3] ผศ.ดร.อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 537 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.5 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนใน พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนใน พ.ศ. 2588[1] ข้อมูลใน พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.5 หรือคิดเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คน[2,3] ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย และญี่ปุ่น[4] ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด คิดเป็น 5,941.00 ต่อแสนประชากร[5] โดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 7,677.73, 8,121.14 และ 8,687.43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[6] พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน อัตราตาย 25.1 ต่อแสนประชากร[2] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 200 รายต่อวัน[7]โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยในพ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั่วโลกสูงถึง 6.7 ล้านคน[3] จังหวัดอุบลราชธานีในช่วง พ.ศ. 2565–2567 มีอัตราตายเพิ่มขึ้นเป็น 206.80, 230.90 และ 217.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[6] นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงในการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้จ่ายรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมค่าใช้จ่ายประมาณ 3,984 ล้านบาทต่อปี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 12,000–25,000 บาทต่อคนต่อปี[8]

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาระโรคและภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง[9,10] ขณะเดียวกันผู้ป่วยเบาหวานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รัฐบาลได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) โดยบูรณาการการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล[9] อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตเสื่อม และระบบประสาทเสื่อม ซึ่งกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ[11] แม้แนวทางการดูแลโรคเบาหวานจะเน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ[12] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะพึ่งพิง การวางแผนและประสานการดูแล การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจและการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล[13] อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเผชิญภาระการดูแลอย่างต่อเนื่องและซับซ้อน ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าสะสม และผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หากขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมอาจกระทบต่อความต่อเนื่องและคุณภาพของการดูแล รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย[14,115] งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน[16,17,18,19]

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ยังมีจำนวนไม่มากนัก ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่

ควบคุมโรคไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการเสริมศักยภาพผู้ดูแล (Caregiver Empowerment Model: CEM) ของ Jones และคณะ[20] ซึ่งมุ่งส่งเสริมความผูกพันในครอบครัว การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน และการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแล คาดว่าผลการวิจัยจะช่วยเพิ่มพลังอำนาจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และเกิดรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design)

ประชากร พื้นที่ศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 38,325 คน

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา คือจังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง ที่อำเภอเขื่องใน เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้สูงอายุเป็นเป็นอันดับ 1 และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดอุบลราชธานี[6] จากนั้นพิจารณาตำบลที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มาจับฉลากแบ่งเป็นพื้นที่ศึกษาและควบคุม ผลการจับฉลากได้กำหนดพื้นที่ตำบลท่าไหเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลหนองเหล่าเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง นำรายชื่อของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีระดับน้ำตาล 126-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด จำนวน 247 คน ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากไม่คืนที่เข้ากลุ่มทดลอง จนครบ 30 คน จากนั้นแกนนำ อสม. สอบถามการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 60 คน แบ่งเป็น ผู้ดูแล 30 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

คุณสมบัติของประชากรที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า 126 -180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ที่มาติดตามตามนัด 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ไตวาย ตามัวมากจนการมองเห็นผิดปกติ ความจำเสื่อม อัมพาต และมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด2) มีอายุระหว่าง 60-85 ปี 3) เป็นผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ที่มี ADL < 12 คะแนน 4) การรับรู้สื่อสารด้วยภาษาไทย วัน เดือน ปี สถานที่ คัดกรองการรู้คิด รู้คิด (AMT) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ขึ้นไป

คุณสมบัติของประชากรที่เป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ 2) เป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน ลูกเขย ลูกสะใภ้ หรือญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน 3) อายุ 20-70 ปี ทั้งเพศ

ชายและเพศหญิง 4) เป็นผู้มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสารความหมายได้เข้าใจตรงกัน 5) ไม่มีโรคทางกายที่รุนแรง และไม่มีโรคทางกายที่ทำให้เกิดทุพพลภาพ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วย โดยเปลี่ยนจากยาเม็ดเป็นยาฉีด 2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้าร่วมโครงการ และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ต่อเนื่องตามวันเวลาที่กำหนด 4. ย้ายที่อยู่อาศัย 5) ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ครบ

ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการทดลองโปรแกรมฯ มีกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน คิดเป็น ร้อยละ 93.33 เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ต่อเนื่องตามวันเวลาที่กำหนด ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรมฯ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้ statistical test แบบmeans: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ effect size จากงานวิจัยของ จุฑารัตน์ รังษา และคณะ[21] วิเคราะห์ โดยกำหนด effect size ได้เท่ากับ 1.43 และค่าแอลฟ่า (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 14 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ดูแล 14 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 14 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 28 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 หรือ 5 คน (Polit & Hungler, 1999) รวมเป็นกลุ่มละ 19 คน และและเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น จำนวน 30 คน แบ่งเป็นผู้ดูแล 30 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ กิจกรรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยมีการลงทะเบียน ตรวจระดับน้ำตาล และตอบแบบสอบถาม พร้อมกิจกรรมนันทนาการสร้างสัมพันธภาพและแจกคู่มือฯ ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุ และเสริมสร้างความรักความผูกพันผ่านวิดีทัศน์ “กตัญญู”[22] กิจกรรมต่อเนื่องเน้นการประเมินและจัดการความเครียดด้วยแนวคิด “อึด ฮึด สู้” การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านและการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผ่าน LINE เพื่อติดตามและให้คำปรึกษา รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทบทวนปัญหา ร่วมวางแผนและปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและแผลในผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมประเมินพฤติกรรมและระดับความเครียดของผู้ดูแล บันทึกในคู่มือ ประสานการดูแลกับสถานบริการสาธารณสุข ให้คำแนะนำทักษะการเผชิญความเครียด และตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติ ครั้งที่ 2 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและเสริมพลัง “อึด ฮึด สู้” โดยบรรยายและฝึกผ่อนคลายความเครียด การคิดบวกและสร้างกำลังใจ พร้อมตรวจระดับน้ำตาลในเลือด มีกิจกรรมแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ การกล่าวคำชมเชยในกลุ่ม และฝึกทักษะผ่านใบงานตามสถานการณ์ที่กำหนด

สัปดาห์ที่ 6 การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 ประเมินและติดตามการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน การแจ้งแผนการติดตามเยี่ยมผ่านกลุ่มแอปพลิเคชัน LINE ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัวและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากสมุดคู่มือ ทบทวนปัญหาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 8 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 3 กิจกรรมสรุปผลการวิจัย ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง กิจกรรมการให้รางวัล และมอบกิตติกรรมประกาศ

2) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มี 2 เครื่องมือ ดังนี้ (1) แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (2) แบบทดสอบสภาพสมอง ใช้ประเมินการรู้คิด

3) คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม และเครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 พลังอำนาจของผู้ดูแล มีจำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด[23] จำนวน 28 ข้อ

2) แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 1 ข้อ ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต[24] มีจำนวน 26 ข้อ

2.2 เครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นเครื่องตรวจน้ำตาล งความเที่ยงของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2568

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล (พลังอำนาจ และพฤติกรรมการจัดการความเครียด) และผู้ป่วย (คุณภาพชีวิต) ได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1 จากนั้นปรับปรุงและทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นพบว่า Cronbach's alpha เท่ากับ .97 (พลังอำนาจ) .96 (พฤติกรรมการจัดการความเครียด) และ .96 (คุณภาพชีวิต) ก่อนปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมยิ่งขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนเครื่องมือดำเนินการวิจัย ไปทดลองใช้กลับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม ถึง 4 ตุลาคม 2568 ได้ดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาตจากประธานสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และประสานหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเขื่องใน รพ.สต.ท่าไห และบ้านหนองเหล่า เพื่อชี้แจงโครงการและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม–4 ตุลาคม 2568 ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามแผน พร้อมเตรียมทีมวิจัยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน อสม. 6 คน และผู้ช่วยเก็บข้อมูล 3 คน เพื่อร่วมดำเนินกิจกรรม เก็บข้อมูล เยี่ยมบ้าน และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัยก่อนเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ฯ เป็นเวลา 8 สัปดาห์

3. ขั้นหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินหลังการทดลอง ชั่งน้ำหนัก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

4. แบบสอบถามที่ทั้งสองกลุ่มตอบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ก่อน-หลัง การทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลอง - กลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568 – 06.028

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 45–60 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.43 และ 80.00) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.57 และ 46.67) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.71 และ 76.67) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่ากลุ่มทดลองส่วนมากเป็นบุตรและญาติของผู้ป่วย (ร้อยละ 39.29) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 60.00) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (ร้อยละ 60.71 และ 60.00)

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.57 และ 73.33) มีอายุอยู่ระหว่าง 71–80 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.29 และ 63.33) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.29 และ 100) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 46.43 และ 70.00) โรคประจำตัวที่พบร่วมมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.71 และ 70.00) นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 126–154 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ร้อยละ 50.00 และ 56.67)

ผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพลังอำนาจของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พลังอำนาจ/พฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=28)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)			*t*	*p*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน								
กลุ่มทดลอง	3.41	0.24	ปานกลาง	4.44	0.35	มาก	-15.603	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.43	0.15	ปานกลาง	3.50	0.28	ปานกลาง	-2.619	<.001*

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพลังอำนาจของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พลังอำนาจ/พฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=28)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)			*t*	*p*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล								
กลุ่มทดลอง	3.50	0.34	ปานกลาง	4.36	0.39	มาก	-8.045	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.42	0.32	ปานกลาง	3.50	0.32	ปานกลาง	-1.538	0.014

*p-value < .05

จาก ตารางที่ 1 พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 28)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)		*t*	*p*
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	151.96	9.70	109.00	18.30	10.854	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	148.40	11.28	145.50	17.78	0.966	0.342

*p-value < .05

จาก ตารางที่ 2 พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 28)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)			*t*	*p*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	86.75	11.24	ปานกลาง	108.79	11.48	ที่ดี	-9.282	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	85.87	7.53	ปานกลาง	93.10	8.98	ปานกลาง	-3.821	0.001

*p-value < .05

จาก ตารางที่ 3 พบว่าของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับพลังอำนาจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจระยะเวลา 8 สัปดาห์ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความกตัญญูและความผูกพัน ผ่านสื่อกตัญญู[22] และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอดคล้องกับ นิชาร์ ปราเซติโอ และคณะ[25] 2) ทักษะการเผชิญความเครียด เช่น การคิดบวก สมาธิ ผ่อนคลาย และออกกำลังกาย สอดคล้องกับ เซทโยอาดี และคณะ[26] 3) เครือข่ายผู้ดูแลและชุมชน ผ่านการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ อสม. การเยี่ยมบ้าน และ LINE สอดคล้องกับ วิภารัตน์ เบ็ญจมาศ[27] และชัยยุทธ คลื่นแก้ว[17] และ 4) การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาวะ สอดคล้องกับ ลมัย ชุมแวงวาปี และคณะ28 ซึ่งร่วมกันช่วยเพิ่มพลังอำนาจและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดหลังการทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากกิจกรรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เช่น การประเมินความเครียด การคิดบวก การฝึกสมาธิ ลมหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย และการอบรม “อึด ฮึด สู้” ซึ่งช่วยเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อเล็กซานดรา และคณะ[29] ที่พบว่าการออกกำลังกายและการดูแลตนเองช่วยลดความเครียดและเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล และสอดคล้องกับ Setyoadi และคณะ[26] ที่ชี้ว่าการเสริมพลังผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องช่วยลดความเครียดและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจและศักยภาพของผู้ดูแลผ่าน ได้แก่ การส่งเสริมความกตัญญูและความผูกพัน การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลและชุมชน และการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน ร่วมกับการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ รังษา และคณะ[23] ที่พบว่าการเสริมพลังผู้ดูแลผ่านกิจกรรมชุมชนและการเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลและสุขภาพผู้ป่วย และสอดคล้องกับ รอนเดียนโต และคณะ[30] ที่พบว่าโปรแกรมเสริมพลังผู้ดูแลร่วมกับการติดตามต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจและศักยภาพของผู้ดูแล ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยกิจกรรมประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การรับชมสื่อวีดิทัศน์กตัญญู การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คู่มือ การฝึกจัดการความเครียด (คิดบวก สมาธิ ผ่อนคลาย ออกกำลังกาย) การสร้างเครือข่ายดูแลผ่านเจ้าหน้าที่ อสม. และ LINE การเยี่ยมบ้าน และการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ รังษา[21] ที่พบว่าการเสริมพลังผู้ดูแลช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และสอดคล้องกับ กิจบดินทร์ ทองด้วง[20] ที่พบว่า

ความรู้และพฤติกรรมผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ได้เสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลสำหรับผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล และพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลที่ดี ขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระเวลาการศึกษาติดตามต่อเนื่องให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยเครือข่ายสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุข ควรมีการติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนต่อไป ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว ได้แก่ การตรวจวัดดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) เป็นต้น เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเกิดจากการสนับสนุนของคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่คอยให้ความช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจและคำแนะนำตลอดการดำเนินงานวิจัย ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มเป้าหมายและประชากรผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีส่วนสำคัญมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จได้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สถิติสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 18 เม.ย.67]; เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/

2.World Health Organization. (2021). *Diabetes*. Geneva: WHO. [Internet]. 2024. [cited 2024 Mar 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

3.International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). Brussels: IDF. [Internet]. 2024. [cited 2024 Mar 18]. Available from: https://diabetesatlas.org

4.กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์

5.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.พ.67]; เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1346020230221121809.pdf

6.กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบรายงาน Health Data Center (HDC)*. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค..67]; เข้าถึงจาก: https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php

7.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์โรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 4 พ.ค..67]; http://www.thaihealth.or.th/Content/33953

8.WellMed Bangkok Clinic. (2025). *Cost of care for type 2 diabetes in Thailand*. [Internet]. 2024. [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://wellmedbangkok.com/cost-of-care-for-type-2-diabetes

9.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยกับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข

10.วิชัย เอกพลากร และคณะ.(2562). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (NHES V) พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

11.รณยุทธ วงศ์สุวรรณ, รวิวรรณ นามมนตรี, และรัตนาภรณ์ วงศ์ชัย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ*, 39(3), 64–78

12.วราภรณ์ พรพิบูลย์, ทัศนีย์ ยินดีสุข, ณัฐวุฒิ เสถียรชาญ, สุพัตรา โกศลวัฒน์, และสุพรรณี นักคำพันธ์พัทธ์.(2562). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(1), 50–60

13.สุปาณี แสงศรี. (2564). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: แนวคิด บทบาท และการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14.วารุณี จันทรังษีวรกุล, และจินตนา คนธา. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลการสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์*, 44(1)

15.จุฑามาศ สมสุวรรณ, และอัจฉรา เยาวบุตร. (2565). ภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(2), 85–97

16.ปิยะนุช ปัญญา, และเบญจมาศ วิริยรัตน์. (2567). การเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลชุมชน*, 38(1), 45–58

17.จุฑามาศ กลืนแก้ว. (2566). *การพัฒนาบทบาทเครือข่ายครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, ไม่ได้ตีพิมพ์). อุดรธานี. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 24 มิ.ย 67]; เข้าถึงจาก: https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjE0

18.กนกวรรณ ทองดวง, วราภรณ์ บุญเชียง, สุพัตรา จตุรการ, และพัชรี องค์อาจบริรักษ์. (2565). อิทธิพลของความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารนานาชาติด้านการวิจัยสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข, 19(16), 10216.19.

19.พัชรี พานทอง, และทิพย์วรรณ ภาทิสานา. (2561). การเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 24(2), 57–66

20.Jones, Patricia S., Winslow, Betty W., Lee, Jung W., Burns, Marilyn, & Zhang, Xiao E. (2011). Development of a caregiver empowerment model to promote positive outcomes. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 11–28

21.จิราพร รังสา. (2559). *ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, ไม่ได้ตีพิมพ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา

22.เครือเจริญโภคภัณฑ์. (2564). *ภาพยนตร์สั้น "ความกตัญญู...ชีวิตที่มีค่า"*. สืบค้นจาก https://marketeeronline.co/archives/225209

23.Lazarus, Richard S., & Folkman, Susan. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

24.World Health Organization. (1995). *WHOQOL: Measuring quality of life*. [Internet]. 2024. [cited 2024 Apr 9]. Available from: https://www.who. int/tools/whoqol

25.Nizar, Ahmad M., Prasetio, Oktavian D., Hidayat, Siti A., & Munawaroh, Indah. (2024). Correlation of family empowerment with self-management in patients with type II diabetes mellitus in Tulungagung district. *Jurnal Penelitian STIKES Nahdlatul Tuban*, 6(1)

26. Setyoadi, S., Seda, L. F. S., Lestari, P., Irwando, E., Nurani, N., & Hayati, Y. S. (2023). Family empowerment as nursing intervention for families with type 2 diabetes mellitus: A literature review. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia, 3*(3), 267–280.

27.เบญจมาศ วงศ์คำ. (2560). การเสริมพลังอำนาจชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน บ้านหนองบัว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษาสุขภาพ*, 23(1), 31–43

28.ลัดดาวัลย์ ชุมแวงวาปี, และลักขณา ปิยบัณฑิตกุล. (2563). แนวทางการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 41–52

29. King, A., Ringel, J. B., Safford, M. M., Riffin, C., Roth, D. L., & Sterling, M. R. (2021). Association between caregiver strain and self-care among caregivers with diabetes. JAMA Network Open, 4(2), e2036676. [Internet]. 202. [cited 2024 Apr 20]. Available from:https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36676

30. Rondhianto, R., Nursalam, N., Kusnanto, K., & Melaniani, S. (2022). The effect of family caregiver empowerment interventions on family caregiver capabilities in self-management of type 2 diabetes mellitus in Indonesia. Enfermería Clínica, 32(6), 385–395.