การพัฒนารูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

Development of an Inhibition Control Model on Eating Behavior by Community Participation for People with Type ๒ Diabetes in Khok Sung Distric, Sakaeo Province.

(Received: June 26, 2026; Revised: June 27, 2026; Accepted: June 30, 2026)

รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[1] รุ่งนภา สิทธิพล[1] ประภาสิริ หอนตะคุ[1] สมพงษ์ บุญณะอินทร์[1] อดิเรก ขุนสนิท[1] พนิดา ยอดผล[1] กรรณิการ์ เพ็ชรรัตน์[1] อรวรรณ ตาพยุง[1] จำเนียร สุวรรณชาติ[2] ธงชัย ทองบู่[3] วรากร เกรียงไกรศักดา[4]

Rattanachai Phetsombut[1] Rungnapa Sitthiphon[1] Praphatsiri Hontakhu[1] Sompong Bunnain[1] Adirek Khunsanit[1] Panida Yodphon[1] Kannika Phetcharat[1] Orawan Taphayung[1] Jumnion Suwanchat[2] Thongchai Thongboo[3] Warakorn Kriangkraisakda[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมและศึกษาผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นตาม ในการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นาเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นหาสภาพปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การดำเนินงานตามรูปแบบ 4) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และ 5) การประเมินผลและสังเคราะห์องค์ความรู้ อาสาสมัครที่ใช้ในวิจัยได้แก่ คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ/ตำบล จำนวน 52 คน และผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 81 คน โดยมีเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาการดำเนินงาน 10 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ คือสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูงจังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและครอบครัวในการดูแลตนเองเน้นการดูแลอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม 2) มีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ระบบสนับสนุนการรักษาในกลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อนมีคุณภาพ 4) มีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญที่สหวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันในการดูแลเป้าหมายอย่างเพียงพอ 5) มีกลไก กระบวนงาน และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูงและ 6) การร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, เบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมความรอบรู้ด้าน, รูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร

Abstract

Diabetes is a chronic non-communicable disease and is one of the top public health problems in all countries around the world. A healthy eating habit intervention has been reported to improve the blood glucose level in people with type 2 diabetes mellitus (T2DM). The purposes of this participatory action

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูง
[2] สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์
[3] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
[4] โรงพยาบาลพุทธโสธร

research were to develop and examine the impact of the food eating literacy model (FELM) on food eating literacy (FEL), eating behavior (EB), participatory behavior (PB), and HbA1c levels in people with uncontrolled T2DM in Khok Sung district, Sakaeo province. The research process consisted of five steps, including: 1) problem identification 2) development of an FEL model 3) planning and implementation 4) evaluation and assessment, and 5) knowledge management. These activities lasted over 12 months. The participants consisted of 52 health officers and NCDs board members who were purposive sampling for steps 1, 2, 3, and 5, and 81 uncontrolled T2DM patients were randomly selected for step 4. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t test was used for the inferential statistics. The qualitative data were analyzed by content analysis.

The result showed that an appropriate model of FEL included six components: 1) self-management support; 2) delivery system redesign; 3) supporting health care system; 4) health literacy program and information system; 5) health-care management term; and 6) community policies and resources. Moreover, the mean scores of the food eating literacy (FEL), eating behavior (EB), participatory behavior (PB) were significantly higher than before participating in the project at 6 months. Furthermore, the HbA1c levels were significantly reduced when compared to before participating condition at 6 months.

KEYWORDS: Community participation, Type 2 Diabetes mellitus, Eating behavior, Food eating literacy model

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2024 มีประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 422 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมหาศาล [1] ข้อมูลจาก International Diabetes Federation ระบุว่าในปี ค.ศ. 2024 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 20–79 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 6.36 ล้านคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 10.2 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 ขณะที่ข้อมูลผลการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2563–2567 พบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของประเทศไทยเท่ากับ 26.88, 28.25, 29.42, 29.51 และ 30.32 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิผลของการควบคุมโรคเบาหวานในระบบบริการสุขภาพยังอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน[2,3] เมื่อพิจารณาระดับพื้นที่ จังหวัดสระแก้วพบสถานการณ์ที่น่ากังวลเช่นเดียวกัน โดยข้อมูลตัวชี้วัด NCD Clinic Plus ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 32.02, 37.68, 34.98, 35.33 และ 35.70 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ในอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว แม้ผลการดำเนินงานจะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 30.38, 37.59, 43.36, 44.81 และ 48.44 ตามลำดับ และยังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในระยะยาว[4]

การควบคุมอาหารถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยระบุว่าการควบคุมอาหารอย่างเหมาะสมสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ประมาณร้อยละ 0.5–2.0 และช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระบบหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่[5] อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจเลือกอาหาร และขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน[6] แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดย Sorensen และ Nutbeam อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม[7] งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ แต่ผลลัพธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อขาดระบบสนับสนุนจากชุมชนและระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ[8]

ขณะเดียวกัน แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ของ Wagner เสนอว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกัน 6 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากชุมชน ระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบข้อมูลสุขภาพ การออกแบบระบบบริการ และการตัดสินใจทางคลินิก[9] แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีข้อจำกัดของงานวิจัยในประเทศไทยที่บูรณาการการพัฒนาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม[10]

อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมเฉพาะ ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังพบปัญหาการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ขาดระบบติดตามต่อเนื่อง และยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยบริการสุขภาพเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่เพียงมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาล ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และสร้างต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในประเด็น ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวาน 6 เดือน

2.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวาน 6 เดือน

2.3 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวาน 6 เดือน

3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานของการวิจัย

1. รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม

2. ภายหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรอบรู้ด้านมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร

3. ภายหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร

4. ภายหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative-driven Mixed Methods) เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยอาศัยแนวคิดของ Creswell และ Edmonds & Kennedy ในการออกแบบกระบวนการวิจัย[11,12]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับตำบลจำนวน 4 ตำบล ตำบลละ 15-20 คน ในแต่ละชุด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการคลินิกโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ตัวแทนจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10-15 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- มีประสบการณ์การทำงานโรคเบาหวานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- มีผลงานเป็นที่ประจักษ์
- มีความสามารถในการให้ข้อมูลและสมัครใจในการให้ข้อมูล
- มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปี
- มีผลการดำเนินงาน/เป็นแกนนำในการดำเนินงานที่เป็นที่ประจักษ์

2. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการฝึกความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และขั้นตอนที่ 4 การถอดทบเรียน ได้แก่ คณะทำงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ และระดับตำบล (NCDs Board) ที่แต่งตั้งขึ้น จำนวน 35-40 คน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อีกจำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมจำนวน 50 คน โดยกระบวนพัฒนารูปแบบใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ประเมินการมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน (After Action Review) [13,14] โดยอาสาสมัครมีคุณสมบัติดังนี้

- มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลเป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปี

- มีผลการดำเนินงาน/เป็นแกนนำในการดำเนินงานที่เป็นที่ประจักษ์

- มีความมุ่งมั่นในการสนับสนุนการพัฒนางาน

3. กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลโครงการโดยการประเมินผลลัพธ์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโปรแกรม G*power ใช้กลุ่มสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05% อำนาจการทดสอบ .95 ขนาดอิทธิพล .04สุธีวรรณาและคณะ[8] ระดับความเชื่อมั่น .95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน โดยใช้การการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยการ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเป็นสัดส่วน จากประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4 ตำบล 2) จัดทำรายชื่อ จับฉลากแบบไม่ใส่คืนจำแนกรายตำบลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

ตำบล	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งสิ้น (คน)	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (คน)
โคกสูง	467	26.58	22
หนองแวง	479	27.26	22
หนองม่วง	401	22.82	18
โนมหมากมุ่น	410	23.34	19
รวม	1,757	100.00	81

โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

- เป็นผู้ป่วยเบาหวาน HbA1c >7% อาศัยอยู่ในพื้นที่และร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด

- มีสติสัมปชัญญะครอบถ้วน สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

- มีผลการตรวจระดับน้ำตาล HbA1c ครบ 2 ครั้งห่างกัน 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยโดยการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครอบคลุมประเด็นศึกษาประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการ 2) รูปแบบการปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ตามองค์ประกอบ CCM 3) การจัดการด้านสนับสนุนการดำเนินงาน 3) โปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 4) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการ และ 5) เบาหวานชนิดที่ 2

2. แบบประเมินความเหมาะสมสำหรับรูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความเป็นไปได้ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความเหมาะสมจำนวน 10 ข้อ 3) ด้านความถูกต้อง จำนวน 8 ข้อ 4) ด้านความครอบคลุมจำนวน 8 ข้อ และ 5) ด้านความเป็นประโยชน์จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับมีค่า IOC เท่ากับ 1

3. แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้สำหรับประเมินรูปแบบการดำเนินงานโดยการพัฒนาขึ้นจากแนวทางการพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาลของสุจิตรา เทียนสวัสดิ์[15] และจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จำเนียร สุวรรณชาติ

และคณะ[16] โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาสาสมัครในเขตอำเภอวังน้ำเย็น จำนวน 40 ราย โดยแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ทีข้อคำถาม 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถาม ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ มีค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่าของครอนบารค เท่ากับ 0.97 และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 31 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อ มีค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่าของครอนบารค เท่ากับ 0.92 การแปลผลพฤติกรรมความรอบรู้ด้าน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลของเบส (Best) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดี ปานกลาง ต่ำ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร จำนวน 23 ข้อ ทุกข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถในการมีสมาธิ จิตใจจดจ่อในการปฏิบัติ มีข้อคำถาม 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถในการอธิบาย และสะท้อนความเข้าใจตนเอง มีข้อคำถาม 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 ความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง มีข้อคำถาม 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการสร้างพฤติกรรมใหม่ มีข้อคำถาม 6 ข้อ

3.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อคำถาม จำนวน 31 ข้อ รวม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารแบบควบคุมไม่ได้ จำนวน 6 ข้อคำถาม 2) การบริโภคอาหารแบบจำกัดอาหาร 6 ข้อคำถาม 3) การบริโภคอาหารตามอารมณ์ 6 ข้อคำถาม 4) การบริโภคอาหารตามสังคม 4 ข้อคำถาม 5) การบริโภคอาหารแบบวางแผนล่วงหน้า 3 ข้อคำถาม และ6) การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ 6 ข้อคำถามและผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 การประเมินผลรายข้อแบ่งออกเป็น 5 คะแนน ตามความถี่ของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

4. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สำหรับการถอดบทเรียน เป็นข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินงาน NCDs คลินิกคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับตำบล/หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง กับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมประเด็นศึกษาประกอบด้วย 1) ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน 2) ระบบการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน 3) แนวทางการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน 4) ปัญหาและอุปสรรคในการบริการด้านสุขขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน 5) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน และ 6) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน

5. แบบสอบถามการมีส่วนร่วม สำหรับคณะกรรมการและคณะทำงาน เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ พัฒนาโดยจุฑามาศ พันสวรรค์[17] ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยนำไปทดสอบกับคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่ออำเภอวังน้ำเย็น จำนวน 30 ราย โดยใช้ค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่าของครอนบารค เท่ากับ 0.84 แบ่งคำถามออกเป็น จำนวน 4 หมวด 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มและตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 2) การมีส่วนร่วมดำเนินการ จำนวน 5 ข้อ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 5 ข้อ

6. เครื่องมือตรวจวัด ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยใช้โลหิตจากเส้นโลหิตดำที่แขน ดำเนินการเจาะเลือดตามมาตรฐานคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล[18]

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ใช้ระยะการดำเนินวิจัยทั้งสิ้น 10 เดือน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและความต้องการ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกระบวนการค้นหาปัญหาด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวาน โดยใช้กระบวนการค้นหาปัญหาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่จำเป็นตามองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง การประชุมกลุ่มย่อย การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการประชาคมหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการฝึกความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดจุดมุ่งหมายของการพัฒนารูปแบบ 3) ออกแบบกิจกรรมปรับพฤติกรรมตามแบบจำลองระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และให้สอดคล้องบริบทของผู้ป่วย 4) นำกิจกรรมที่ออกแบบแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ หากตรวจสอบแล้วไม่ผ่านให้กับไปดำเนินการในขั้นที่ 1 ถึง 3 และ 5) จัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงจาก แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของจำเนียร สุวรรณชาติ และคณะ[16] นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน ในเขตพื้นที่สาธารณสุขอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ การปรับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ กำหนดนโยบายและถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ 2) การปรับปรุงระบบบริการและพัฒนาบุคลากร 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารแก่กลุ่มเป้าหมาย และจัดทีม อสม.พี่เลี้ยงสนับสนุน 4) การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล และการถอดบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบ การประเมินประสิทธิผลรูปแบบใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร และการประเมินผลการมีส่วนร่วมจากคณะทำงานและผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนการประเมินผลรูปแบบ ใช้การประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และสังเคราะห์รูปแบบใช้เทคนิคการถอดบทเรียนหลังการทำงาน (After Action Review)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples T test วิเคราะห์ขนาดอิทธิพลโดยใช้การคำนวณขนาดอิทธิพล d (Cohen ‘s Effect Size) ขนาดอิทธิพลภายในกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จาก ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ 6 เดือนกับระยะก่อนการทดลอง หารด้วยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนการทดลองตามวิธีของ Cohen et al.,[19]

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มผู้วิจัยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis) โดยอาศัยเทคนิคหลักในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนแนวคิดตามข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) การวิเคราะห์เพื่อแสดงตัวอย่างและ 3) การวิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มแนวคิด เพื่อตรวจสอบความแม่นตรงของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าสุภางค์ จันทวานิช[20] แสวงหาความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) และการตรวจสอบด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) นอกจากนี้เพื่อยืนยันแหล่งข้อมูลและชี้ให้ถึงความน่าสนใจของข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอถ้อยคำหรือข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลตรง (Quotation) ซึ่งถือเป็นการเพิ่มอรรถรสในการอ่านด้วย

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ SKPHO38/2568 ลงวันที่ 4 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

คุณลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.95 สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกันร้อยละ 72.84 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.30 อาชีพส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.44 และมีระดับฐานะพอมีพอกิน (มีรายได้ 15,000–20,000 บาทต่อปี) ร้อยละ 66.67 มีรายได้เฉลี่ย 6,529.63 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,336.23 ด้านระยะเวลาการป่วย ส่วนมากมีระยะเวลาป่วยระหว่าง 5–10 ปี ร้อยละ 38.27 ค่าเฉลี่ย 9.32 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.03 ระดับน้ำตาล HbA1c ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 7–8% มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.12% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 ระดับ BMI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ อ้วนระดับที่ 2 (ค่า BMI 25–29.9) ระดับความดันค่าบน เฉลี่ย 132.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.57 ระดับความดันค่าล่าง เฉลี่ย 77.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.46 มีสุขภาพจิตระดับเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 74.07 ทุกคนไม่มีภาวะซึมเศร้า ด้านการออกกำลังกาย ส่วนมากมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 50.62 โดยมีระยะเวลาการออกกำลังกายส่วนใหญ่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 69.10 และเป็นการออกกำลังกายแบบเบาๆ (ช่วงออกกำลังกายร้องเพลงได้) ร้อยละ 78.57 ด้านการรับประทานยา มีผู้เป็นเบาหวานรับประทานยา Glipized ส่วนใหญ่รับประทาน ร้อยละ 64.20 ส่วนมากรับประทานขนาด 20 mg/วัน ร้อยละ 25.93 ด้านยา Metformine ส่วนใหญ่รับประทาน 96.30 โดยส่วนมากรับประทานขนาด 2,000มิลลิกรัมต่อวัน ยาฉีด Insulin มีผู้ใช้คิดเป็นร้อยละ 17.28 โดยส่วนมากมีการฉีด ระหว่าง 10–20 ยูนิต และระหว่าง 30–50 ยูนิต ร้อยละ 33.33 มีการใช้ยา Metformine ร่วมกับยา Glipized ร้อยละ 64.20 การใช้ยาลดไขมัน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.00 ใช้ยา Simvastin ขนาดวันละ 20 มิลลิกรัม ร้อยละ 100 มีการใช้ยา Gemfibrozil ร้อยละ 9.88 โดยใช้ขนาด 600 มิลลิกรัม ร้อยละ 100

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ระยะก่อนการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านในระปานกลาง ร้อยละ 66.67 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 29.63 หลังการใช้รูปแบบกลุ่มกลุ่มมรตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านในระดับสูงขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.84 ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.16 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านในระดับต่ำ เมื่อนำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายองค์ประกอบ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแยกองค์ประกอบและคะแนนเฉลี่ยรวมทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ภายในกลุ่มใช้รูปแบบ และกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนการใช้

รูปแบบและหลังการใช้รูปแบบ โดยการวิเคราะห์ Paired t-test เพื่อทดสอบสมมุติฐานทางเลือกที่ว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความรอบรู้ด้านภายในกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม มีการแจกแจงข้อมูลปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ผลการวิเคราะห์พบว่า มีระดับนัยสำคัญมากกว่า.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จึงดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired–*t* test และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพล โดยวิเคราะห์คะแนนรวม และจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความรอบรู้ด้านเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มใช้รูปแบบมีขนาดอิทธิพลระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร จำแนกรายองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มใช้รูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 – 4 ระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า รูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารทั้ง 2 วิธี สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ทุกองค์ประกอบ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการวิเคราะห์ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการใช้รูปแบบ และหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มใช้รูปแบบ โดยการแจกแจงความถี่ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ระยะก่อนการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.90 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 32.10 ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ยังคงมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.89 และระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 11.11

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการใช้รูปแบบและระยะหลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระยะก่อนการใช้รูปแบบและหลังการใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มใช้รูปแบบที่ระดับ .01 โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกรายองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบกับระยะหลังการใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกองค์ประกอบ ยกเว้นองค์ประกอบที่ 3 การบริโภคตามอารมณ์ ซึ่งไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

ผลการเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c พบว่า หลังการฝึกโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มใช้รูปแบบ ลดลงมากที่สุดร้อยละ 0.93 ที่ระดับ .01 มีขนาดอิทธิพลในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดค่าระดับน้ำตาล HbA1c ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบกับหลังการใช้รูปแบบ พบว่ารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านมีประสิทธิผลในการลดค่า HbA1c ได้

การประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วม จากคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน พบว่า พบว่า ระดับการมี

ส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.35 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างด้านการริเริ่มและการตัดสินใจการดำเนินโครงการมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาได้แก่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และการรับผลประโยชน์จากการพัฒนารูปแบบ ซึ่งการมีส่วนร่วมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) สามารถนำมาใช้พัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการ การพัฒนาระบบสนับสนุนการรักษา ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ กลไกการบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Edward H. Wagner ที่ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นเมื่อทีมผู้ให้บริการมีความพร้อมและผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของณิสาชล นาคกุล[21]และ Malanda et al[22] ที่พบว่าการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ป่วยร่วมกับการติดตามแบบรายบุคคลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคเรื้อรังได้

ผลการศึกษายังพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมครสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการติดตาม ให้คำแนะนำ และเสริมพลังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งการบันทึกรายการอาหาร การติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Jiang, He, Guan, & He[23] ที่อธิบายว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายชัดเจนและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์พร ปัญญาเลิศ และคณะ[24] ที่พบว่าการกำกับตนเองร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะด้านการควบคุมปริมาณอาหารและการบริโภคตามหลักโภชนบำบัด ทั้งนี้เป็นผลจากผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร มีเป้าหมายในการปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถกำกับตนเองในการเลือกอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิติยากร คล่องดี และคณะ[25] รวมทั้งจำเนียร สุวรรณชาติ และคณะ[16] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองสามารถพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.79 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบติดตามต่อเนื่องสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกได้จริง ผลการศึกษานี้

สอดคล้องกับการศึกษาของคำแปลง ศรีชัง[26]ที่พบว่าการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยลดระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการร่วมริเริ่มและการตัดสินใจ สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับการประยุกต์ใช้ CCM ช่วยเสริมสร้างการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[27] ที่พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภาวดี พันธ์หนองโพน และคณะ[28] ที่รายงานว่าการใช้ CCM ในคลินิกโรคเบาหวานสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างชัดเจน มีวินัยในการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ลดการใช้ยา และเพิ่มโอกาสเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ

2) ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อสนับสนุนการเลือกอาหาร การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

3) ชุมชนควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ส่งเสริมร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ และสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน

4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และทรัพยากรที่จำเป็น เช่น เครื่องตรวจน้ำตาล แถบตรวจน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต และค่าตอบแทนทีมพี่เลี้ยง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง

5) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันปัญหาโรคเบาหวานเป็นประเด็นสำคัญระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานของหน่วยงานด้านสุขภาพ ฝ่ายปกครอง พัฒนาชุมชน เกษตร ปศุสัตว์ การศึกษา และภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารและลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

6) หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดตั้งคณะทำงานที่ชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ แนวทางปฏิบัติ ระบบสนับสนุน การประเมินผล และการรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมพัฒนาทักษะบุคลากรด้านการบริการ การใช้เทคโนโลยี การสื่อสาร และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

7) สถานบริการสุขภาพควรมีทีมสหวิชาชีพรับผิดชอบงานเบาหวานอย่างชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ระบบส่งต่อ ระบบรายงานผล ระบบเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ และใช้กระบวนการสอนงานหรือ Coaching เพื่อเพิ่มทักษะผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2) ควรเพิ่มการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3) ควรศึกษาผลของรูปแบบต่อการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

4) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต ปีสุขภาพดี และอายุคาดเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization; 2024.
2.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2024.
3.วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5.Diabetes Association of Thailand. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2566.
6.จิตติพร ศรีษะเกตุ, พรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, วิริยา โพธิ์ขวาง ยุสท์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11(2):156-170.
7.Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. J Gen Intern Med. 2013;28(3):444-452.
8.สุธีย์ วรรณา. การเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังใหม่. วารสารชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. 2565;5(3):74-84.
9.ศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):55-69.
10.จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, พิสมัย ไชยประสบ, ดรุณี มั่นใจวงค์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(5):804-812.
11.Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009.
12,Edmonds WA, Kennedy TD. An applied reference guide to research designs. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2017.
13.นิรมล เมืองโสม. แนวคิดการทบทวนการทำงาน (After Action Review) เพื่อพัฒนางานการเรียนการสอนและการวิจัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
14.เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความ และการหาความหมาย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
15.สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา; 2562.
16.จำเนียร สุวรรณชาติ, กนก พานทอง, ยุทธนา จันทะขิน. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(เพิ่มเติม 3):S491-S500.
17.จุฑามาศ พันสวรรค์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2562.
18.ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
19.Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20.สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
21.ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(3):36-50.

22. Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SDM. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. Cochrane Database Syst Rev. 2012;1:CD005060. doi:10.1002/14651858.CD005060.pub3.

23. Jiang Q, He D, Guan W, He X. Happy goat says: The effect of a food selection inhibitory control training game on children's response inhibition and eating behavior. Appetite. 2016;107:86-92. doi:10.1016/j.appet.2016.07.030.

24.สุรีย์พร ปัญญาเลิศ, นิรัตน์ อิมามี, วรากร เกรียงไกรศักดา. การกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองชะโด จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขศึกษา. 2560;40(1):69-81.

25.กิติยากร คล่องดี, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2562;25(3):326-339.

26.คำแปลง ศรีซ้ง. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):181-193.

27.อติญาณ์ ศรเกษรตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, สถาพร แถวจันทึก, วารุณี เกตุอินทร์, วิไลวรรณ คมขำ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(1):85-99.

28.ศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):55-69.