

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด ตำบลโคกยาง อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์

Effectiveness of a Self-Management Program among Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes Mellitus at Ban Kadat Subdistrict Health Promoting Hospital, Khok Yang Subdistrict, Prasat District, Surin Province

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สมบูรณ์ นิยามรัตนกุลศิริ¹

Somboon Niyamrattanakulsiri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล 30 คน กระบวนการทดลองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งดำเนินการผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อยและการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนน (Change score) ระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ผลต่างของคะแนนความรู้และระดับ HbA1c ระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาการติดตามผลที่สั้นและความแตกต่างของค่าพื้นฐานระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2; ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด; หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a Kanfer-based self-management program on knowledge, self-management behavior, and glycosylated hemoglobin (HbA1c) among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Sixty participants were divided into an experimental group ($n = 30$), who received a 12-week self-management program at Ban Kadat Health Promoting Hospital, and a comparison group ($n = 30$), who received usual care at Phlai Health Promoting Hospital. The intervention comprised four components: goal setting, self-monitoring, self-evaluation, and self-reinforcement, delivered through small-group activities and home visits. Data were analyzed using paired t-test and independent t-test.

After the intervention, the experimental group showed statistically significant increases in knowledge and self-management behavior scores, along with a significant reduction in HbA1c. When comparing the change scores between groups, the experimental group demonstrated significantly greater improvement in self-management behavior than the comparison group ($p < 0.001$). However, the between-group differences

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์

in change scores for knowledge and HbA1c were not statistically significant, possibly due to the short follow-up period and baseline differences between groups prior to the intervention.

Keywords: Self-management program; Type 2 diabetes patients; Glycosylated hemoglobin (HbA1c); Primary care

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ¹ รายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนถึง 6.7 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบความชุกของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นประมาณร้อยละ 9.5 ในการสำรวจครั้งล่าสุด (พ.ศ. 2563)² สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในระดับประเทศไทยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 3 แสนคนต่อปี (พ.ศ. 2566) และผู้ป่วยสะสมกว่า 3.3 ล้านคน (พ.ศ. 2565)³ ขณะที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปอีกมากถึง 5 ล้านคน จากกลุ่มเป้าหมาย 22 ล้านคน⁴ สำหรับจังหวัดสุรินทร์ พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 4,120.89 เป็น 4,622.56 ต่อประชากรแสนคน ในช่วงปี 2564–2566 และมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สูงถึงร้อยละ 37.41 (พ.ศ. 2567)⁵ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 90–95) เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7.0 ได้อย่างต่อเนื่อง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม และแผลที่เท้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จำนวนมาก⁶ ปัจจุบันแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานมุ่งเน้นมากกว่าการควบคุมระดับน้ำตาล แต่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ "ภาวะเบาหวานระยะสงบ" (Diabetes Remission) ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง สอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model⁷ ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นแกนกลาง โดยแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนเกิดจากกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมได้อย่างเป็นระบบ⁸

ตำบลโคกยาง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด มีประชากร 6,938 คน (พ.ศ. 2567) เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 30.88 และครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 1,864 ครัวเรือน ซึ่งเป็นโครงสร้างประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁹ ข้อมูลปี 2566–2567 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 44 และ 66 ราย (อัตรา 629.02 และ 951.28 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยสะสมเพิ่มจาก 356 เป็น 386 ราย ขณะที่อัตราควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียังต่ำกว่าร้อยละ 50 ทั้งสองปี (ร้อยละ 39.61 และ 41.45) สะท้อนว่าความสามารถของระบบบริการในการควบคุมโรคยังไม่พัฒนาตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ด้านภาวะแทรกซ้อน พบผู้ป่วยไตเรื้อรังรวม 284 และ 292 ราย ในจำนวนนี้เป็นระยะที่ 3–5 ร้อยละ 53.52 และ 52.05 ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ต้องฟอกไตแล้ว 5 ราย เบาหวานขึ้นจอประสาทตา 19 และ 12 ราย แผลเรื้อรังที่เท้า 7 และ 11 ราย และเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 7 และ 4 ราย ในปี 2566 และ 2567 ตามลำดับ¹⁰ รูปแบบบริการให้ความรู้ที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาดมี 3

รูปแบบ ได้แก่ การให้สุขศึกษารายกลุ่มช่วงสั้นในวันคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งบางเดือนไม่สามารถจัดได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และสถานที่ กิจกรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อนซึ่งใช้เวลาเตรียมการมากและไม่เหมาะกับประเด็นที่ต้องการความเป็นส่วนตัว และการอบรมตามแผนงานโครงการซึ่งเป็นการบรรยายที่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านอายุและความสามารถในการเรียนรู้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือความจำ รูปแบบบริการดังกล่าวยังขาดกระบวนการติดตาม ประเมินผล และเสริมแรงพฤติกรรมรายบุคคลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จึงยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน⁹

หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติยืนยันว่าโปรแกรมการให้ความรู้และการจัดการตนเอง ช่วยควบคุมระดับ HbA1c ได้จริง¹¹ สำหรับบริบทประเทศไทย มีการศึกษาที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Kanfer ครบ 4 ขั้นตอนร่วมกับการออกแบบวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบแล้ว 2 เรื่อง ได้แก่ ที่ตำบลโคกสูง จังหวัดลพบุรี¹² ซึ่งวัดผลครบทั้งความรู้ พฤติกรรม และ HbA1c แต่ดำเนินการในภาคกลาง และที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด¹³ ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแต่วัดผลเฉพาะพฤติกรรมและ HbA1c โดยไม่วัดความรู้ร่วมด้วย และดำเนินการในระดับโรงพยาบาลชุมชนมิใช่หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออื่น เช่น โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์¹⁴ และโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร¹⁵ ดำเนินการในระดับโรงพยาบาลชุมชนเช่นกัน ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีได้ระบุนการประยุกต์กรอบ Kanfer อย่างชัดเจน จากการทบทวนดังกล่าว จึงยังไม่พบการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองของ Kanfer ครบทั้ง 4 ขั้นตอนร่วมกับการออกแบบวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ และวัดผลลัพธ์ครบทั้ง 3 มิติ (ความรู้ พฤติกรรม และ HbA1c) พร้อมกัน ในบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ

พื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงถือเป็นช่องว่างทางการวิจัยที่สำคัญและเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer⁸ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ เพื่อส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ชุมชน ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และสามารถนำไปขยายผล (Scale-up) ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1c ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1c ก่อนและหลังในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนน (change score) ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัด

ก่อน-หลัง (Two-group pretest-posttest design) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่งในอำเภอเดียวกัน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด จำนวน 276 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล จำนวน 283 คน รวมประชากรทั้งสิ้น 559 คน

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าร้อยละ 7.0) ซึ่งขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่ง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยสูตรเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนด $Z_{\alpha/2} = 1.96$ และ $Z_{\beta} = 0.84$ ส่วนค่าความแปรปรวน (σ^2) และผลต่างค่าเฉลี่ยที่ต้องการตรวจพบ ใช้ค่าจากผลการวิจัยที่ผ่านมาของของประสิทธิ์ โฉมวงศ์ และคณะ⁽¹²⁾ ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรลักษณะเดียวกันคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิด Kanfer โดยหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 7.35 (S.D. = 1.02) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 8.26 (S.D. = 1.23) คำนวณค่าความแปรปรวนรวม ได้เท่ากับ 1.27 และผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการศึกษา ($25 \times 1.10 = 27.5$) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด และ

กลุ่มเปรียบเทียบคัดเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล โดยสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีจับฉลากจากผู้ที่ผ่านมาเกณฑ์คัดเข้าในแต่ละสถานบริการจนครบกลุ่มละ 30 คน ทั้งนี้ การจัดสรรเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นการจัดตามสถานบริการ (Site-based assignment) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (Contamination) มิใช่การสุ่มจากประชากรเดียวกัน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มานานกว่า 1 ปี อายุตัว 35-65 ปี (2) รักษาด้วยยาชนิดรับประทาน (3) มีผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7.0 ในการตรวจครั้งล่าสุด (4) สื่อสารและใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ได้ (5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางตา ไต หัวใจและหลอดเลือดสมอง (6) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และยินยอมเข้าร่วมวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ (1) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการศึกษาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (2) เปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฉีดยาอินซูลินระหว่างการศึกษา และ (3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนสิ้นสุดโครงการ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม (เช่น ย้ายที่อยู่ ขอลอนตัว หรือเสียชีวิต)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 15 ข้อ (ถูก/ผิด) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 30 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การจัดการความเจ็บป่วย) มาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ (0-2 คะแนน) และแบบบันทึกผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (FPG และ HbA1c) และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง 12 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Kanfer (1980) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อย (3-5 คน) ร่วมกับ

การติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5 และ 8 เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้ (KR-20) เท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Alpha Cronbach's Coefficient) ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 0.83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 4 ระยะ (1 มีนาคม – 31 พฤษภาคม 2568) ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด (เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล (เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ) อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ แล้วคัดกรองรายชื่อตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกที่กำหนดไว้ จากนั้นจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้ที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละสถานบริการ และดำเนินการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากจนได้กลุ่มทดลองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด จำนวน 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล จำนวน 30 ราย

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง พร้อมทั้งเจาะเลือดตรวจระดับ HbA1c ก่อนเริ่มโปรแกรม โดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมมาตรฐานเดียวกันเป็นผู้เก็บข้อมูลทั้งสองสถานบริการ

ระยะที่ 3 ขั้นดำเนินการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1-12) กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Kanfer⁽⁸⁾ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน ได้แก่

(1) สัปดาห์ที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรม การควบคุมโรคของตนเองในแต่ละด้าน ค้นหาสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และร่วมกันตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นรายบุคคล

(2) สัปดาห์ที่ 2-11 การกำกับตนเอง (Self-monitoring) จัดกิจกรรมกลุ่มย่อย (3-5 คนต่อกลุ่ม) จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และหลักการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียดและความเจ็บป่วย ครั้งที่ 2 ฝึกทักษะปฏิบัติจริง ได้แก่ การตรวจและแปลผลระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การคำนวณพลังงานและอาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายแบบแกว่งแขน การผ่อนคลายความเครียด และการตรวจดูแลเท้า โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นภาพรายการอาหารแลกเปลี่ยน และคู่มือการจัดการตนเอง ควบคู่กับการบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองรายวันด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม

(3) สัปดาห์ที่ 2-11 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) กลุ่มตัวอย่างทบทวนข้อมูลจากสมุดบันทึกและค่าระดับน้ำตาลที่ตรวจด้วยตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 8 เพื่อร่วมประเมินความก้าวหน้า ค้นหาสาเหตุและอุปสรรคในกรณีที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย และร่วมปรับกิจกรรมให้เหมาะสม

(4) สัปดาห์ที่ 2-11 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยและญาติร่วมกล่าวชมเชยและให้กลุ่มตัวอย่างให้รางวัลตนเองตามความเหมาะสม พร้อมทั้งติดสติ๊กเกอร์ดาวในสมุดบันทึกระหว่างการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมแรงทางบวกและกระตุ้นความต่อเนื่องของพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 12 มีการจัดกิจกรรมสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตาบอดโพล โดยไม่ได้รับกิจกรรมเพิ่มเติมจากผู้วิจัยตลอดช่วง 12 สัปดาห์

ระยะที่ 4 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ชุดเดิม พร้อมเจาะเลือดตรวจ HbA1c ซ้ำ โดยผู้ช่วยวิจัยชุดเดียวกับระยะที่ 2 เป็นผู้เก็บข้อมูล และห้องปฏิบัติการเดียวกันเป็นผู้วิเคราะห์ตัวอย่างเลือด ทั้งก่อนและหลังการทดลองเพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนจากผู้ประเมินและวิธีการตรวจ (inter-rater and instrumentation bias)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ หมายเลข COA 025-2567 เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.33 และ 96.67 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($54.83 \pm$

5.80 ปี และ 54.27 ± 8.12 ปี) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ทั่วไป (26.45 ± 4.31 และ 25.59 ± 5.01 กก./ม.²) ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 93.33 และ 83.33) และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก (ร้อยละ 96.67 และ 76.67) รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 80.00 และ 56.67) ด้านลักษณะการเจ็บป่วย กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานนานกว่ากลุ่มทดลองอย่างเห็นได้ชัด (9.17 ± 6.40 ปี เทียบกับ 4.33 ± 2.92 ปี) และใช้ยาเบาหวานเฉลี่ยมากกว่า (2.30 ± 0.79 เทียบกับ 1.87 ± 0.68 ชนิด) ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย ($7.16 \pm 1.31\%$ เทียบกับ $7.69 \pm 0.54\%$)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p = 0.062$) ภายหลังได้รับโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (กลุ่มทดลอง: $p < 0.001$, $95\%CI = 0.64-1.96$; กลุ่มเปรียบเทียบ: $p < 0.001$, $95\%CI = 0.55-2.05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนก่อนและหลังทดลอง (Change score) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีผลต่างของคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อน-หลังทดลองและระหว่างกลุ่ม

ความรู้ (คะแนนเต็ม 15)	กลุ่มทดลอง Mean $\pm$ SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean $\pm$ SD	Mean diff (95%CI)	p-value
ก่อนทดลอง	11.73 $\pm$ 1.80	10.80 $\pm$ 1.99	0.93 (-0.05, 1.91)	0.062
หลังทดลอง	13.03 $\pm$ 1.22	12.10 $\pm$ 1.58	0.93 (0.20, 1.66)	0.013
Mean diff(95%CI)	1.30 (0.64, 1.96)	1.30 (0.55, 2.05)		
p-value	< 0.001	<0.001		
ผลต่าง	1.30 $\pm$ 1.78	1.30 $\pm$ 2.02	0.00 (-0.98, 0.98)	1.000

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมรวมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) หลังได้รับโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากก่อนทดลอง ($p < 0.001$ ทั้งสองกลุ่ม) และคะแนน

หลังทดลองแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.464$) แต่เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนน (Change score) พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองรวมก่อน-หลังและระหว่างกลุ่ม

พฤติกรรมรวม (คะแนนเต็ม 60)	กลุ่มทดลอง Mean $\pm$ SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean $\pm$ SD	Mean diff (95%CI)	p-value
ก่อนทดลอง	41.23 $\pm$ 4.49	43.83 $\pm$ 4.28	2.60 (0.33, 4.87)	0.025
หลังทดลอง	48.33 $\pm$ 3.85	47.50 $\pm$ 4.84	0.83 (-1.43, 3.09)	0.464
Mean diff(95%CI)	7.10 (6.07, 8.13)	3.67 (3.06, 4.28)		
p-value	< 0.001	< 0.001		
ผลต่าง	7.10 $\pm$ 2.77	3.67 $\pm$ 1.63	3.43 (2.26, 4.60)	< 0.001

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมี HbA1c เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.046$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับการควบคุมน้ำตาลพื้นฐานแตกต่างกันก่อนเริ่มการทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเริ่มต้นที่ดีกว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองยังคงมี HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่ม

ทดลองมี HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม ($p = 0.003$, 95%CI = -0.47, -0.11) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.868$, 95%CI = -0.33, 0.39) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนก่อนและหลังทดลอง (Change score) ระหว่างสองกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.115$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับ HbA1c ก่อน-หลังและระหว่างกลุ่ม

HbA1c (%)	กลุ่มทดลอง Mean $\pm$ SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean $\pm$ SD	Mean diff (95%CI)	p-value
ก่อนทดลอง	7.16 $\pm$ 1.31	7.69 $\pm$ 0.54	0.53 (0.01, 1.05)	0.046
หลังทดลอง	6.88 $\pm$ 1.13	7.72 $\pm$ 0.89	0.84 (0.31, 1.37)	0.002
ผลต่างก่อน-หลัง (95%CI)	0.29 (0.11, 0.47)	0.03 (-0.33, 0.39)		
p-value	0.003	0.868		
ผลต่าง	-0.29 $\pm$ 0.48	0.03 $\pm$ 0.97	-0.32 (-0.72, 0.08)	0.115

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ตามแนวคิดของ Kanfer⁽⁸⁾ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาโดยสรุปพบว่าโปรแกรมส่งผลชัดเจนที่สุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในขณะที่มีผลต่อความรู้และ HbA1c ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการตีความ ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และมีรายได้น้อย สอดคล้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยบริบทชนบทไทยหลายเรื่อง¹² ซึ่งอาจสัมพันธ์กับข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารคุณภาพและบริการสุขภาพเชิงป้องกัน⁵ อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาป่วยและจำนวนชนิดยาที่ใช้แตกต่างกันตั้งแต่ก่อนทดลอง อันเป็นผลจากการจัดสรรกลุ่มตามสถานบริการ (Site-based assignment) มิใช่การสุ่มจากประชากรเดียวกัน จึงควรนำมาพิจารณาประกอบการตีความผลในทุกหัวข้อต่อไป

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โปรแกรมช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ของ Knowles และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริงร่วมกับการเยี่ยมบ้าน^{16, 17} อย่างไรก็ตาม กลุ่มเปรียบเทียบก็มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน และผลต่างของคะแนน (Change score) ระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับข้อค้นพบของประไพพรรณ ใจอักษร¹⁴ อาจอธิบายได้ด้วยผลของการทำแบบทดสอบซ้ำ (Testing effect) และความรู้พื้นฐานที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับจากการดูแลตามปกติ ตามแนวคิด Transtheoretical Model ของ Prochaska และ DiClemente¹⁸ ที่ชี้ว่าความรู้เปลี่ยนแปลงได้จากหลายกลไกร่วมกัน มิใช่จากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว

ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง แม้กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมเริ่มต้นสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนน (Change score) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งภาพรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สนับสนุนแนวคิด Kanfer⁸ ที่เน้นการตั้งเป้าหมาย กำกับตนเอง ประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเองอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สุขชัยสงค์ และคณะ¹⁹ และประสิทธิ์ โฉมวงศ์และคณะ¹² ที่ใช้กรอบ Kanfer เช่นกัน ด้านการควบคุมอาหารมีการ

เปลี่ยนแปลงมากที่สุด สอดคล้องกับ Health Belief Model ของ Rosenstock²⁰ ส่วนด้านการรับประทานมีช่องว่างในการพัฒนาจำกัดกว่าด้านอื่นเนื่องจากคะแนนพื้นฐานสูงอยู่แล้ว (Ceiling effect) โดยรวมสะท้อนว่ากระบวนการที่เป็นระบบร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงชัดเจนกว่าการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ การเสริมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลยังเป็นอีกปัจจัยที่ช่วยหนุนความต่อเนื่อง ดังการศึกษาของนิตยา สุขชัยสงค์ และคณะ¹⁹ ที่ใช้แอปพลิเคชัน "เบาหวาน เบาใจ" ร่วมกับแนวคิดของ Creer²¹ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลเท้าดีขึ้นแม้มีข้อจำกัดด้านความเสื่อมถอยตามวัย จึงเป็นแนวทางที่ควรพิจารณาเสริมขั้นตอนการกำกับตนเองในการพัฒนาโปรแกรมครั้งต่อไป

ด้านระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) การลดระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 เป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษา^{22, 23} กลุ่มทดลองมี HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม ($p = 0.003$) สอดคล้องกับทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Bandura¹⁶ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.868$) อย่างไรก็ตาม ผลต่างของคะแนน (Change score) ระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.115$) ซึ่งควรตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากกลุ่มทดลองมี HbA1c ตั้งต้นต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่แล้ว (7.16 เทียบกับ 7.69%, $p = 0.046$) จึงมีพื้นที่สำหรับการลดลงจำกัดกว่า (Ceiling effect) สอดคล้องกับข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยลักษณะใกล้เคียงกัน^{15, 24} นอกจากนี้ ระยะเวลา 12 สัปดาห์อาจยังไม่นานเพียงพอที่จะเห็นผลต่างของ HbA1c ระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจน เนื่องจากค่านี้นสะท้อนน้ำตาลเฉลี่ยระยะยาวกว่าตัวชี้วัดด้านความรู้หรือพฤติกรรม เมื่อประมวลผลร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด^{12, 14, 15, 19, 24} พบว่าโปรแกรมตามแนวคิด Kanfer และ Creer ให้ผลชัดเจนที่สุดต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง แต่ผลต่อ HbA1c ยังแปรผันตามระยะเวลาดิตตาม รูปแบบการสุ่ม และค่าตั้งต้นของแต่ละ

การศึกษา ซึ่งเป็นข้อจำกัดร่วมที่ควรพิจารณาในการออกแบบวิจัยครั้งต่อไป

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer มีประสิทธิผลชัดเจนที่สุดในมิติของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะต่อไป ส่วนผลต่อความรู้และ HbA1c ระหว่างกลุ่มยังไม่แสดงความแตกต่างที่ชัดเจนเท่ากับพฤติกรรม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระยะเวลาติดตามที่จำกัดและความแตกต่างของค่าตั้งต้นระหว่างกลุ่มดังที่กล่าวมาข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบรรจุกระบวนการจัดการตนเองตามกรอบ Kanfer ไว้ในคลินิกโรคเรื้อรังประจำ โดยเน้นด้านการควบคุมอาหารเป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็น

ด้านที่พบการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในการศึกษานี้ และสามารถดำเนินการได้ด้วยทรัพยากรที่ รพ.สต. มีอยู่เดิม โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายรายบุคคลร่วมกับเจ้าหน้าที่และมีการทบทวนทุกครั้งที่มาใช้บริการ

2. ใช้กลไกการเยี่ยมบ้านของ อสม. เป็นเครื่องมือเสริมแรงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งในช่วง 3 เดือนแรก เพื่อทดแทนข้อจำกัดด้านการเดินทางมาสถานพยาบาลบ่อยครั้ง เนื่องจากผลการศึกษาชี้ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชัดเจนกว่าการดูแลตามปกติ

3. ขยายระยะเวลาติดตามผล HbA1c เป็นอย่างน้อย 3-6 เดือน และควบคุมค่าตั้งต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้เห็นผลลัพธ์เชิงสรีรวิทยาที่แม่นยำขึ้น เนื่องจากระยะเวลา 12 สัปดาห์ในการศึกษานี้อาจยังไม่เพียงพอ และความแตกต่างของค่าตั้งต้นระหว่างกลุ่มเป็นข้อจำกัดสำคัญที่พบ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Belgium: International Diabetes Federation; 2021.
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [ออนไลน์] 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>.
4. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรคตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566 [ออนไลน์] 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc>.
5. กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลสถิติการตาย/ป่วย โรคไม่ติดต่อ นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; [ออนไลน์] 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2567.
7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs. 2001;20(6):64-78.
8. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. 2nd ed. Oxford: Pergamon Press; 1980. p. 334-89.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด. สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปี 2567. อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด 2568.

- 10.โรงพยาบาลปราสาท. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพ คปสอ.ปราสาท ปี 2568 (การตรวจราชการกรณีปกติรอบที่ 2) สุรินทร์: คปสอ.ปราสาท; 2568.
11. Chvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient education and counseling*. 2016;99(6):926-43.
- 12.ประสิทธิ์ โหมวงศ์, พรณี บัญชรหัตถกิจ, ทศพร ชูศักดิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ต่ำลงได้มากสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2567;17(2):240-53.
- 13.กรกฎ จันทรสม. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*. 2567;5(2):50-62.
- 14.ประไพพรรณ ใจอักษร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานและการติดตามระดับน้ำตาลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*. 2568;3(2):260-73.
- 15.อภิญา งามแสน. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*. 2567;9(1):257-66.
- 16.Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall1986.
17. Knowles MS. *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy* Rev. ed. MA. USA: Cambridge Adult Education; 1980.
18. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-5.
- 19.นิตยา สุขชัยสงค์, อารยา เขียวทอง, วิเชษฐ์ เชิดสันเทียะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันเบาหวาน เบาใจ ต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดผลที่เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*. 2566;15(2):1-16.
- 20.Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. 1974;2(4):354-86.
- 21.Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidne M, editors. *Handbook of self-regulation*: Academic Press; 2000. p. 601-29.
- 22.American Diabetes Association. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care*. 2019;43(Supplement_1):S1-S2.
- 23.The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. 1993;329(14):977-86.
- 24.วัชรพร เนตรคำวง. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*. 2566;3(2):78-95.