

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับฮีโมโกลบิน

เอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Self management on behaviors for controlling disease and HbA1c level in Diabetes

Mellitus type 2 patients in the Primary Care Units Kasetwisai, Roi-Et

ยุทธรณี เพ็ญสุวรรณ* ศศ.ม. (รัฐศาสตร์)

Yutthanee Pensuwan* M.A. (Political science)

เสฐียรพงษ์ ศิวินา** ศศ.ม. (สังคมศาสตร์

Satianpong Siwina** M.A. (Social science)

เพื่อการพัฒนา), ปร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)

Ph.D. (Environmental education)

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

*Roi-Et Provincial Health Office

**โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

**Kasetwisai Hospital, Roi-Et Province

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและทุพพลภาพของประชากรโลก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การส่งเสริมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมจะช่วยควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมโรคภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนบ้านน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 28 คน สุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 14 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบ 4 ขั้นตอน (1) การตั้งเป้าหมาย (2) การติดตามตนเอง (3) การประเมินตนเอง และ (4) การเสริมแรงตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Wilcoxon Matched-Paired Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney U Test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคโดยรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังการทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) โดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรคเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

Abstract

Diabetes mellitus has been identified globally as leading cause of death and disability. Patient with uncontrolled diabetes often experience several complications. Promoting proper self-management will help control the disease and reduce application, resulting in improved quality of life. Therefore, the researcher has used the self-management program for patients with diabetes can manage their own behaviors to the appropriate. This study was to a quasi-experimental research were (1) to compare the mean score of behaviors for controlling disease in the experimental group before and after receiving the self-management program and (2) to compare the mean score of behaviors for controlling disease and HbA1c between the experimental group and control group. The sample consisted of 28 type 2 diabetic patients who attended the diabetic clinic at primary care unite of Health Promoting Hospitals Ban Nam Om. They were assigned by matched pair with gender and drug into either experimental group and control group. Fourteen subjects were randomly assigned into an experimental group and 14 subjects were randomly assigned into a control group. The experimental group was designed to join the self-management from 4 steps of Kanfer's self-management (1) goal setting (2) self monitoring (3) self evaluation, and (4) self reinforcement, while the control group received regular nursing care. The instruments for collecting data was behaviors for controlling disease questionnaire, Which was tested for both validity and reliability with alpha of 0.83. Data were analyzed by using mean, standard deviation, Wilcoxon Matched-Paired Signed -Ranks Test, and Mann-Whitney U Test. The majors findings were as follows: (1) The patients with type 2 diabetes mellitus who received the self-management program had a higher mean score of behaviors for controlling disease than before receiving the self-management program and had a higher mean score of behaviors for controlling disease than the control group at the 0.05 level of significance. (2) The patients with type 2 diabetes mellitus who received the self-management program had a lower level of HbA1c than before receiving the self-management program and had a lower level of HbA1c than the control group at the 0.05 level of significance, by the experimental group had an average hemoglobin level, HbA1c posttest than the comparison group. In conclusion, the self-management program could have good effects to increase the behaviors for controlling disease and decrease HbA1c level in diabetes mellitus type 2 patients. Therefore, the self-management program should be used with diabetes mellitus type 2 patients and other chronically ill patients for controlling disease.

ประเด็นสำคัญ การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมโรค, เบาหวาน ชนิดที่ 2	Key words <i>self-management, behaviors for controlling, Diabetes mellitus type 2</i>
---	---

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังทวีความรุนแรงและมีความสำคัญมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก สหพันธ์เบาหวานนานาชาติระบุว่า มีประชากรถึง 246 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

และคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 380 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ร้อยละ 7.00 หรือ 6 ล้านคนในผู้ใหญ่⁽¹⁾

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายจำนวนสี่ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบความชุกโรคเบาหวาน ชี้ให้เห็นว่าความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 21.40 ซึ่งผู้ชายและผู้หญิงมีความชุกใกล้เคียงกัน⁽²⁾

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554 ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 22,360 ราย ร้อยละ 12.45 โดยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต 5,509 ราย (24.64) ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 2,853 ราย (12.76) ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท 2,791 ราย (12.48) ภาวะแทรกซ้อนทางตา 2,212 ราย (9.89) และภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง 1,546 ราย (6.91)⁽³⁾ เช่นเดียวกับรายงานโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (รหัสกลุ่มโรค E 10 -E 1499, รายงาน 505) ผลการประเมินยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเกษตรวิสัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ้อม ปีงบประมาณ 2555 รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเกษตรวิสัย ปี พ.ศ.2555 ส่วนด้านพฤติกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังคงสูบบุหรี่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (Current smoker) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 และพฤติกรรมการขาดน้ดการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การกินยาไม่สม่ำเสมอ การปรับลดจำนวนยาเอง รวมทั้งการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยหรือมากเกินไป และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น⁽⁴⁾ และยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียสายตา ดังการศึกษาของ The Wisconsin Epidemiological Study of Diabetic Retinopathy (WESDR) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งป่วยนานกว่า 15 ปี ร้อยละ 3.00 จะตาบอด และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.00 ถ้าเป็นโรคนานกว่า 30 ปี ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะพบ ตาบอดได้ร้อยละ 7.00 ถ้าเป็นโรคนาน 20-24 ปี⁽⁵⁾ การที่ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียสายตา

นั้นเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุพบว่า จอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ซึ่งเรียกกันทั่วไปว่า เบาหวานขึ้นตา เป็นสาเหตุหลักที่พบบ่อยที่สุดในการทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียสายตา นอกจากนั้นยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ไตผิดปกติจากเบาหวาน คือ ตรวจพบไตเสื่อมจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้หรือได้รับยาลดความดันอยู่ ภาวะไขมันผิดปกติในเลือด ระยะเข้าสู่วัยรุนแรงและภาวะตั้งครรภ์⁽⁶⁾

สุทินศรี อัญญาพร⁽⁷⁾ ยังชี้ให้เห็นถึงผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาของสมชาย เกาะคู⁽⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 67.92 และมีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 74.50

ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดความเครียด และการรับประทานยา⁽⁹⁾ และพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้นั้น เป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย⁽¹⁰⁾ การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้น เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง⁽¹¹⁻¹⁴⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

การจัดการตนเองตามกลวิธีจัดการตนเองของ Kanfer⁽¹⁵⁾ เป็นการนำเทคนิคการกำกับตนเองมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่เชื่อว่าผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนิน

ชีวิตที่ดีขึ้น ทีมสหวิชาชีพต้องยอมรับและไว้วางใจในตัวผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาจากที่เคยให้ผู้ป่วยได้รับการกำหนดเกี่ยวกับการรักษาทุกอย่างจากทีมมาเป็นให้ผู้ป่วยยอมรับในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น เนื่องจากการรักษาในอดีตที่ล้มเหลวพบว่า เกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัยคือ (1) วิธีการรักษาอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ และ (2) ผู้ป่วยละเลยที่จะกระทำตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนดและไม่ได้กระทำอย่างต่อเนื่อง โดยเทคนิคนี้มีข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ (1) พฤติกรรมบางพฤติกรรมไม่สามารถที่ปรับเปลี่ยนโดยใครก็ได้ นอกจากตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นก็ไม่สามารถเข้าถึงพฤติกรรมนั้นได้เท่ากับตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการที่จะเปลี่ยนแปลงจึงมีความจำเป็น (2) พฤติกรรมที่เป็นปัญหาพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมากกับปฏิกิริยาต่อตนเอง และกิจกรรมการรับรู้ เช่น ความคิด ความฝัน จินตนาการ การวางแผน ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดีเพียงพอก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาจากพื้นฐานความคิดของตนเอง ดังนั้นต้องเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อกระบวนการรับรู้ (3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำได้ยาก ถ้าผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงและไม่เห็นประโยชน์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นต้องทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเห็นประโยชน์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงเสียก่อน และ (4) ประโยชน์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเจาะจงสถานการณ์ หรือเฉพาะอาการเท่านั้น แต่จะต้องรวมถึงทักษะต่างๆ ไป และต้องพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ในอนาคตได้ดีกว่าที่ผ่านมา ขั้นตอนดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การตั้งเป้าหมาย คือ สิ่งที่คุณต้องการจะทำให้สำเร็จ ให้ความสนใจ ให้ความสำคัญ และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การตั้งเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ซึ่งระดับยากง่ายนั้นรวมถึงระดับ

ความยากง่ายในการรับรู้ระดับความยากง่ายในมาตรฐานความเป็นจริง หรือระดับความถูกต้องที่ต้องการจากเป้าหมาย ขั้นที่ 2 การติดตามตนเอง คือ เป็นขั้นตอนของการสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผล ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ขั้นที่ 3 การประเมินตนเอง เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และขั้นที่ 4 การเสริมแรงตนเอง เป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองเป็นผู้กำหนดไว้และจะทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งเสริมแรงมีทั้งตัวเสริมแรงจากภายใน ได้แก่ คำพูดชมเชยตนเองความรู้สึภาคภูมิใจ พึงพอใจ และตัวเสริมแรงภายนอก ได้แก่ สิ่งเสริมแรงที่เป็นวัตถุหรือกิจกรรมต่างๆ หรือได้รับการเสริมแรงจากผู้อื่น เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดจะทำให้ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ดังผลการวิจัยของอรนุช ศรีสารคาม⁽¹⁶⁾ บุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีผลที่เท้า มีพฤติกรรมการดูแลเท้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ซึ่งดีกว่าบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลที่เท้าซึ่งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลเท้าอยู่ในระดับพอใช้ ($p < 0.05$) สำอาง เรียงนนท์⁽¹⁷⁾ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมและเป็นรายด้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < 0.05$) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < 0.05$) และชูณรงค์ สุขประเสริฐ⁽¹⁸⁾ พบว่า ภายหลังจากดำเนินโปรแกรมกลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าการจัดการตนเองเป็น

กระบวนการที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาให้มีพฤติกรรมดีขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (1) การตั้งเป้าหมาย (2) การติดตามตนเอง (3) การประเมินตนเอง และ (4) การเสริมแรงตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนการรักษาและสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ต่อไป

การศึกษาลงของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮิโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยระดับฮิโมโกลบินเอวันซี หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

วัสดุและวิธีการศึกษา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา เนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เป็นกระบวนการที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาให้มีพฤติกรรมดีขึ้น
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยทำการศึกษาดังแต่เดือนตุลาคม 2555 - มีนาคม 2556
4. ขอบเขตด้านตัวแปร ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮิโมโกลบินเอวันซี การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการ

ทดลอง (Nonequivalent Control Group Pretest-posttest Design)⁽¹⁹⁾

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 180 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 14 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดกลวิธีการจัดการตนเองของ Kanfer and Scheffit⁽²⁰⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การตั้งเป้าหมาย (2) การติดตามตนเอง (3) การประเมินตนเอง และ (4) การเสริมแรงตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรม การควบคุมโรคและเครื่องมือทางการแพทย์เครื่องตรวจหาน้ำตาลในเลือดสะสม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้สร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยจัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำอ้อม เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูลและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือจากผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปจากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละและนำเสนอในรูปตารางประกอบ

ความเรียงวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมโรคในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการควบคุมโรค และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Matched-Paired Signed-Ranks Test⁽²¹⁻²²⁾

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 50 ปี อายุตั้งแต่ 45-54 ปี ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรส ร้อยละ 42.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.60 มีอาชีพ ร้อยละ 78.60 รายได้เฉลี่ย 5,935 บาทต่อเดือน รายได้มากกว่า 6,000 บาท ต่อเดือนป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 8 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 47 ปี อายุตั้งแต่ 55-44 ปี ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 57.10 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.10 มีอาชีพ ร้อยละ 57.10 รายได้เฉลี่ย 4,800 บาทต่อเดือน รายได้ตั้งแต่ 3,000-6,000 บาทต่อเดือนป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 8 ปี ด้านพฤติกรรมพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.61$, $SD = 0.28$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอาหารมีพฤติกรรมการควบคุมโรค

มากที่สุด ($M = 2.79$, $SD = 0.46$) แต่เป็นที่น่าสนใจเกิดว่ามีพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการรับประทานยา ($M = 2.71$, $SD = 0.95$) และการจัดการความเครียดน้อยที่สุด ($M = 2.71$, $SD = 0.95$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.72$, $SD = 0.38$) เมื่อพิจารณาตามพฤติกรรมในแต่ละด้านพบว่า ด้านการจัดการความเครียดมากที่สุด ($M = 2.88$, $SD = 0.62$) แต่เป็นที่น่าสนใจเกิดว่ามีพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุด ($M = 2.10$, $SD = 0.62$) และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.59$, $SD = 0.57$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมแต่ละด้านพบว่า ด้านการรับประทานยามีพฤติกรรมการควบคุมโรคมากที่สุด ($M = 4.04$, $SD = 0.71$) แต่เป็นที่น่าสนใจเกิดว่ามีพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านอาหาร ($M = 3.70$, $SD = 0.71$) น้อยที่สุด ($M = 2.71$, $SD = 0.95$) และระดับฮีโมโกลบิน (HbA1c) อยู่ในระดับควบคุมได้ ($M = 6.00$, $SD = 0.73$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.75$, $SD = 0.37$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการจัดการความเครียดมากที่สุด ($M = 2.90$, $SD = 0.68$) แต่เป็นที่น่าสนใจเกิดว่ามีพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการรับประทานยาน้อยที่สุด ($M = 2.80$, $SD = 0.82$) และระดับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ($M = 10.79$, $SD = 1.53$) อยู่ในระดับควบคุมไม่ได้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค ก่อนทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการควบคุมโรค	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
โดยรวม				
Negative Ranks	0.00	0.00	3.296	0.0005*
Positive Ranks	7.50	105.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม ก่อนทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการควบคุมโรค	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
โดยรวม				
Negative Ranks	2.50	7.50	1.491	0.136
Positive Ranks	5.70	28.50		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
คะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ	14	9.21	129.00	3.406	0.0005*
กลุ่มทดลอง	14	19.79	277.00		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม หลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
คะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ	14	21.50	301.00	4.503	0.0005*
กลุ่มทดลอง	14	7.50	105.00		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) หลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค โดยรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของร็ววรรณ ตู่แก้ว⁽²³⁾ และ อิศารัตน์ หนชัย⁽²⁴⁾ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนการ

จัดการตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.01$) ดังผลการศึกษาของทัศนีย์ ชันทอง⁽²⁵⁾ และพบว่า โปรแกรมการดูแลตามปกติและโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่างมีผลในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลินได้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.05$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอนัญญา บำรุงพันธุ์⁽²⁶⁾ และจุฑามาส จันทรฉาย⁽²⁷⁾ ซึ่งพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) เช่นเดียวกัน

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด การจัดการตนเอง โดยนำการจัดการกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้นั้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ที่ถูกต้อง การปฏิบัติเพื่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการสังเกตภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งเน้นการปฏิบัติตามคู่มืออย่างเคร่งครัดและการกำกับตนเอง⁽²⁸⁾ ร่วมกับการฝึกทักษะการตรวจและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ของชนิดและปริมาณอาหาร ระดับความหนักของกิจกรรมทางกายกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังรับประทานอาหาร เมื่อประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ทำให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่วางไว้

นอกจากนี้การใช้เสริมแรงอย่างต่อเนื่องในโปรแกรม โดยได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัยด้วยวิธีโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่าการใช้กระบวนการกำกับตนเองอย่างเข้มข้นและมีความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น จนทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ซึ่งประเมิน

ได้จากค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลสรุปองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่ามี 2 รูปแบบ คือ การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยติดตามอย่างต่อเนื่องและการจัดกิจกรรมการดูแลเฉพาะเรื่อง ได้แก่ ด้านโภชนาการบำบัดการใช้ยา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย⁽²⁹⁾

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ภายหลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของรัชวรรณ ตู่แก้ว⁽²⁴⁾ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในระยะติดตาม ต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของพัชร อ่างบุญญา⁽³⁰⁾ ซึ่งพบว่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลงหลังเข้าโปรแกรมจำนวน 22 ราย และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาติ คงหาญ⁽³¹⁾ ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้มพลองลดลงกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ⁽³²⁾

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ในอนาคตได้ดีกว่าที่ผ่านมาโดยการตั้งเป้าหมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องทำให้สำเร็จ ให้ความสนใจ ให้คุณค่า และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การสังเกต ติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตาม อาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผล ทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม แล้วเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตนเอง

เป็นผู้กำหนดไว้ และจะทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น การจัดการตนเองสำคัญ ได้แก่ ควบคุมสารอาหารคาร์โบไฮเดรต การออกกำลังกายเป็นจังหวะที่ต่อเนื่องนานเกิน 30 นาที การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการจัดการความเครียด ดังนั้นจึงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง กว่าก่อนเข้าโปรแกรม

บทสรุป

1. กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 50 ปี อายุตั้งแต่ 45-54 ปี ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 42.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.60 มีอาชีพ ร้อยละ 78.60 รายได้เฉลี่ย 5,935 บาทต่อเดือน รายได้มากกว่า 6,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 8 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 47 ปี อายุตั้งแต่ 55-44 ปี ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 57.10 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.10 มีอาชีพ ร้อยละ 57.10 รายได้เฉลี่ย 4,800 บาทต่อเดือน รายได้ตั้งแต่ 3,000-6,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 8 ปี

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.59$, $SD. = 0.57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานยามีพฤติกรรมควบคุมโรคมากที่สุด ($M = 4.04$, $SD. = 0.71$) แต่เป็นที่น่าสนใจว่ามีพฤติกรรมควบคุมโรคด้านอาหาร ($M = 3.70$, $SD. = 0.71$) น้อยที่สุด ($M = 2.71$, $SD. = 0.95$) และระดับฮีโมโกลบิน ($HbA1c$) อยู่ในระดับ ควบคุมได้ ($M = 6.00$, $SD. = 0.73$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรม การควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.75$, $SD. = 0.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการความเครียดมากที่สุด ($M = 2.90$,

$SD = 0.68$) แต่เป็นที่น่าสนใจว่ามีพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการรับประทานยาน้อยที่สุด ($M = 2.80$, $SD. = 0.82$) และระดับฮีโมโกลบิน ($HbA1c$) ($M = 10.79$, $SD. = 1.53$) อยู่ในระดับควบคุมไม่ได้

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมโรคโดยรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ($HbA1c$) หลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอแนะให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองไปใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมมีขั้นตอนชัดเจน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้ รวมทั้งการใช้เวลาเข้ากลุ่มเพื่อเรียนรู้และฝึกทักษะทั้งนี้การจัดกิจกรรมในโปรแกรมดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินการด้วยตนเองก่อน ให้ความสำคัญกับการมารับการรักษาตามนัดและติดตามการดูแลตนเอง และส่วนการศึกษาระดับค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ควรดำเนินการในระยะยาว เช่น ใช้ระยะเวลาศึกษา 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของการจัดการดูแลตนเอง และผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายต้องติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำอ้อม และบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

จนทำให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Standard of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1994;17:1-21.
2. ราม รังสินธุ์, อธิยุทธ สุขมี, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
3. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี 2556;44:145-52.
4. กลุ่มงานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ ปี 2555 ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เกษตรวิสัย, ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเกษตรวิสัย; 2555.
5. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 2005;293:217-28.
6. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). กรุงเทพมหานคร: โอ-วิทย์; 2553.
7. สุทิน ศรีอัฐภาพร. โรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
8. สมชาย เกาะคู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2547;12:134-42.
9. เมตตา ยิ่งชัยภูมิ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดใหญ่ อำเภอชัยใหญ่ จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
10. จิรพงษ์ จริยธกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
11. อนัญญา บำรุงพันธุ์. ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นโรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารกองการพยาบาล 2554;38: 42-51.
12. วราภรณ์ ดีเสียง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลและระดับโคเลสเตอรอล ในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
13. ธนากรณ์ แก้วยก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
14. เสาวลักษณ์ คุณทวี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง และการบริหารกาย-จิตแบบซีกง ต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวาน เข้าใจประสาทตา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
15. Kanfer F. "Self-management Methods" in help-

- ing people change: A text book of methods. 3rd ed. New York: Pergamon Press; 1988: p. 283-345.
16. อรุณ ชรีสารคาม. การเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลเท้าในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ผลกับไม่มีผลที่เท้า [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.
17. สำออง เวียงนนท์. ผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเอง ต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและระดับ ฮิโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
18. ชูณรงค์ สุขประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการจัดการ คุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการ พัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านหนองบัว อำเภอนาหวาย จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
19. Campbell, D. T., Julian C. Stanley. Experimental and quasi-experimental design for research. Boston: Houghton Mifflin; 1969.
20. Kanfer, Schefft. Guiding the process of therapeutic change. Champaign, Illinois: Research Press; 1988: p. 454.
21. พินันทร คงคาเพชร. สถิตินันพาราเมตริก. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอรปอเรชั่น จำกัด; 2554.
22. สุวิมล ติรภานันท์. สถิตินันพาราเมตริก (Nonparametric Statistics). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
23. รัชวรรณ ตู่แก้ว. ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด
- ไม่พึ่งอินซูลิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
24. ธิดารัตน์ หนชัย. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
25. ทศนีย์ ชันทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสภาการพยาบาล 2556; 28:85-99.
26. อนัญญา บำรุงพันธ์. ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารกองการพยาบาล 2554;38: 42-51.
27. จุฑามาส จันทรฉาย. โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวาน และการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2555;7:69-83.
28. Kanfer FH, Gaelick-Bays L. Self-management method. In: Kanfer FH, Goldstein A, editor(s). Helping people change: A text book of methods. 4th ed. New York: Pergamom press; 1991. p. 305-60.
29. วันดี ใจแสน. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
30. พัทรี อ่างบุญตา. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล

- ศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2553.
31. สุชาดา คงหาญ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้อพลอง ต่อระดับ ฮีโมโกลบินเอวันซี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ มหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
32. นันนภัส พิระพุดพิงศ์. ผลของโปรแกรมจัดการดูแลตนเองต่อความรู้กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;30:98-105.