

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ  
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้  
Effects of Self - Management Support Program on Self - Management  
Behavior among Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients

นันทวัน วงษ์เงิน และอาทิตยา วัจวนสินธุ์

Nuntawan Wongngern and Artitaya Wangwonsin

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

Master of Public Health Program, Naresuan University

Received: June 18, 2018

Revised: September October 2, 2018

Accepted: October 3, 2018

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์จำนวน 70 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คนเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แบบบันทึกกิจกรรมของผู้ป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่าภาย หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( $p < 0.05$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมและจัดกระบวนการให้ผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในการลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพได้ ข้อเสนอแนะผู้ใช้โปรแกรมควรมีความรู้และทักษะในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง และต้องเป็นผู้นำที่คอยกระตุ้น คอยติดตาม ให้ผู้ป่วยแสดงศักยภาพของตนจนมีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

**คำสำคัญ:** การจัดการสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

## Abstract

This quasi-experimental research with two group pretest-posttest design aimed to examine the effect of self-management support program on self-management behaviors of uncontrolled type 2 diabetic patients. The duration of this study was 12 weeks. The 70 samples were purposive

selected and divided into experimental group and 35 comparison group. The instrument consist self-management support program, self-management manual for diabetes patients, patient activity record and questionnaire. The data obtained were analyzed using descriptive statistics and the hypotheses were tested using t-test statistics. The statistical significance was .05 levels. Results showed that after received self-management support program the experimental group had a significantly average score on health beliefs and self-management behaviors difference and higher than before receiving the program (p-value <0.05) This shows that the supporting with self-management process can be help patients change their behavior to reduce their health risks. The suggestions for using this program were the user should have the knowledge and skills to self-management support and must be a leader who encourages patients to show their potential to self-management behaviors as goals setting.

**Keywords:** self – management, health belief model, patients with type 2 diabetes



## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Koschunnun, 2016) ด้วยระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะส่วนต่างที่สำคัญ โดยการตีบตันของหลอดเลือดใหญ่ ที่สำคัญคือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและสมอง ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพาต อัมพฤกษ์ และ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงเล็ก การตีบตันของหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ จอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตจากเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนทางไต และภาวะ แทรกซ้อนทางระบบประสาท มีประวัติเป็นผลที่เท่าซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ก่อให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง นอกจากนี้ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นต้น (Senee, 2015) แนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดย ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย พบร้อยละ 7.7 และ 6 ตามลำดับ

(Arbsuwan & Pantuwet, 2015) รูปแบบบริการที่

ดำเนินอยู่เป็นบริการแบบการดูแลตามภาวะอาการ ผู้ให้บริการมีภาระงานมากจึงเวลาน้อยในการพูดคุยให้ข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งโรคเรื้อรังต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง (Jearmjarasrangsee, 2007) เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและวิถีชีวิต การดำเนินการจึงมุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาล การลดเสี่ยง ลดโรคของผู้ป่วยเอง นั่นคือ การทำให้ผู้มีความสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองและจัดการกับภาวะน้ำตาลในเลือดได้ (Kantong, Issaramalai, and Komjakkapan, 2013) การจัดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self - Management Support -- SMS) เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในท องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model -- CCM) (Wangwonsin, 2014) การจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จัดการกับความเจ็บป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือ การเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ใน การดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข ซึ่งผู้ที่สำคัญในการจัดการตนเองคือตัวผู้ป่วย โดยกระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย (1) การตั้งเป้าหมาย (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาประมวลและประเมิน (3) การตัดสินใจ (4) ลงมือปฏิบัติ (5) การติดตาม เฝ้าระวัง และ (6) ประเมินผล ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะ (Creer & Holroyd, 2000; Wattana, 2015) แนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง มีผู้นำมาประยุกต์ใช้โดยการจัด

ทำโปรแกรมการจัดการสุขภาพตนเองพบว่า มีผลลัพธ์ที่ดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตัวเองได้ (Wattana, 2015; Arngbunta, Potiban, and Koschunnun, 2012; Kantong, Issaramalai, and Komjakkapan, 2013; Sesawang, 2013)

จากข้อมูลพื้นที่ตำบลคลองคะเชนทร์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร เป็นพื้นที่หนึ่งที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าคนทั่วไป ทำให้ครอบครัวและภาครัฐมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองมาจัดทำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง โดยประยุกต์แนวคิด SMS ของ Creer and Holroyd (2000) มาพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตจากโรคได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลคลองคะเชนทร์ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

## แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

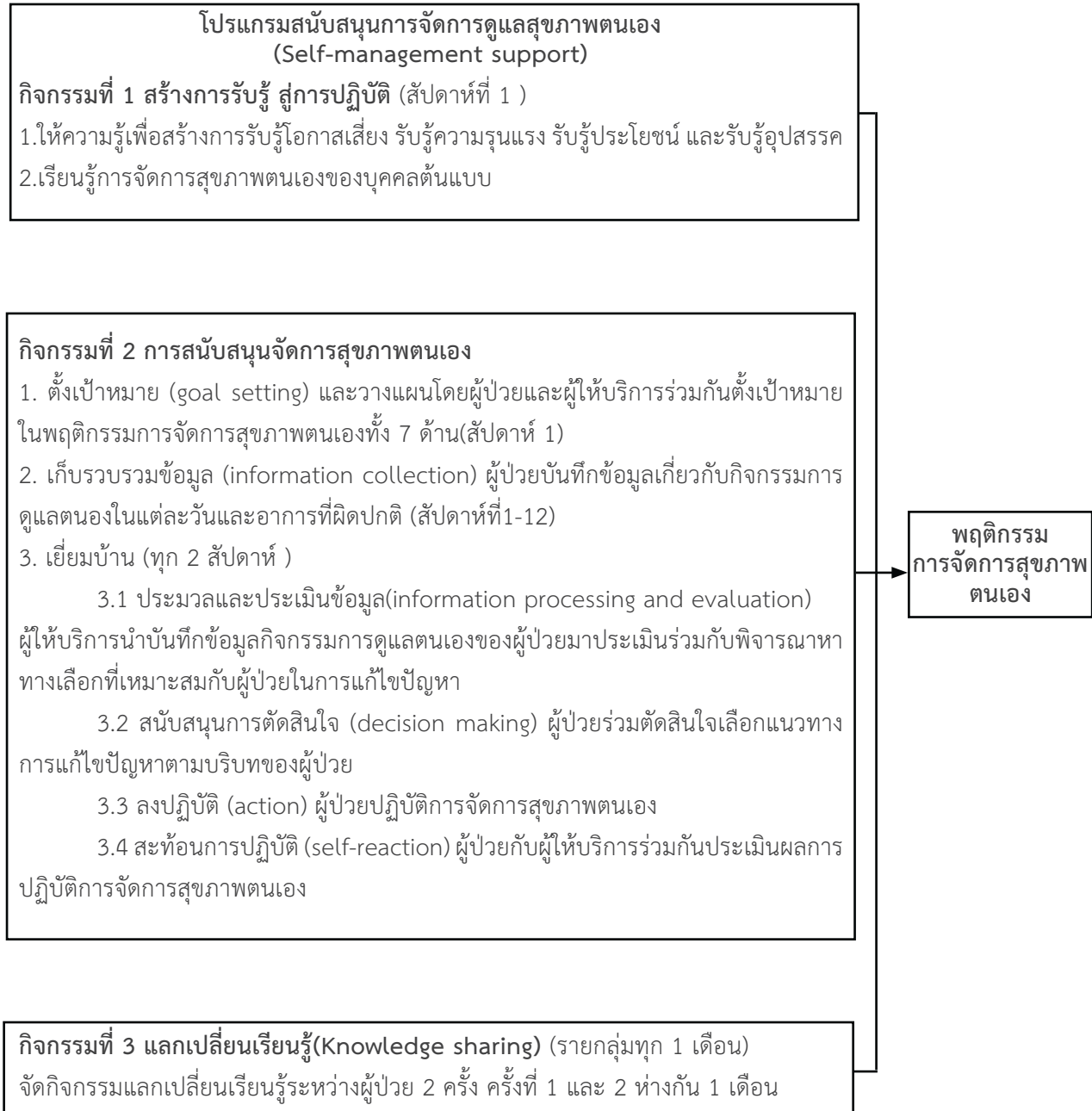
การจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในการจัดการกับความเจ็บป่วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือ การเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข กระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย (1) การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาประมวลและประเมิน เพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหา (3) การตัดสินใจ (4) ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ (5) การ

ติดตาม เฝ้าระวังและประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด มีการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะ (Creer & Holroyd, 2000; Wattana, 2015)

การจัดการสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต้องควบคุมอาหาร ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การช้ำยา และภาวะอื่น ๆ ด้วยตนเอง ต้องการการวางแผนดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง เน้นการปรับพฤติกรรมให้สามารถจัดการกับภาวะน้ำตาลของตนเองได้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่า มีผู้นำแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง มาประยุกต์ใช้โดยการจัดทำโปรแกรมการจัดการสุขภาพตนเอง พบผลลัพธ์ที่ดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตัวเองได้ โดยในพื้นที่ตำบลคลองคะเชนทร์มีผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมไม่ได้ ถึงร้อยละ 40.56 ซึ่งหมายถึงโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าคนทั่วไป ทำให้สูญเสียรายได้หากเจ็บป่วยหรือต้องนอนโรงพยาบาล เป็นภาระครอบครัว เพิ่มภาระงาน/ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ ได้มีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้แล้วได้ผลทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การจัดการสุขภาพตนเองดีขึ้น และในพื้นที่ ตำบลคลองคะเชนทร์ไม่เคยนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้มาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองมาจัดทำ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-Management Support -- SMS) ของ Creer and Holroyd (2000) ได้แก่ (1) ตั้งเป้าหมาย (goal setting) (2) เก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) (3) ประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) (4) การตัดสินใจ (decision making) (5) ลงปฏิบัติ (action) (6) สะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคหรือภาวะอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องมาประยุกต์ใช้โดยประเมินผลจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเอง 7 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตนเอง การแก้ปัญหาเกี่ยวกับ

น้ำตาลในเลือด การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน แสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย และการปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานระยะเฉียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย



## สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้การรูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยวัดจากระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C)  $\geq 7\%$  ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองคะเชนทร์ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบสองกลุ่มคู่ขนาน (Two-sample parallel) (จรรยาต แก้วกั้วาน, 2554 หน้า 119) แสดงสูตร

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง  
เป็นกลุ่มละ 35 คน

$$n = \frac{(Z_{\alpha_2} + Z_{\beta})^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

$Z_{\alpha_2}$  หมายถึง ค่า Z ที่ระดับ  $\alpha$  (.05) = 1.645

$Z_{\beta}$  หมายถึง ค่า Z ที่ระดับ  $\beta$  (.10) = 1.282

$\sigma^2$  หมายถึง ค่าความแปรปรวนของข้อมูล (ตัวแปรตาม)

$\mu_0$  หมายถึง ค่าเฉลี่ยของข้อมูลในกลุ่มควบคุม

$\mu_2$  หมายถึง ค่าเฉลี่ยของข้อมูลในกลุ่มทดลอง

## เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองคะเชนทร์ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C)  $\geq 7\%$  ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานยารักษาชนิดกิน
3. มีอายุ 35 – 65 ปี

## เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อน ไต ตา เท้า
2. ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีการตั้งครรภ์
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 2 ประเภท

1.1 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง

การประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการ

จัดการสุขภาพตนเอง (self-management support) มี 6 ขั้นตอน โปรแกรมนี้ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างการรับรู้ สู่การปฏิบัติ ให้

ความรู้เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง

รับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรค เรียนรู้การจัดการ

สุขภาพตนเองของบุคคลต้นแบบ

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนจัดการสุขภาพตนเอง (1) ตั้งเป้าหมาย (goal setting) และวางแผนโดยผู้ป่วยและผู้ให้บริการร่วมกันตั้งเป้าหมายในพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองทั้ง 7 ด้าน (2) เก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันและอาการที่ผิดปกติ (3) เยี่ยมบ้าน (3.1) ประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) ผู้ให้บริการนำบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมาประเมินร่วมกับพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา (3.2) สนับสนุนการตัดสินใจ (decision making) ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาตามบริบทของผู้ป่วย (3.3) ลงปฏิบัติ (action) ผู้ป่วยปฏิบัติตามการจัดการสุขภาพตนเอง (3.4) สะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction) ผู้ป่วยกับผู้ให้บริการร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติการจัดการสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย

1.2 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท

2.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองมี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 26 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 38 ข้อ

2.2 แบบบันทึกกิจกรรมพฤติกรรมดูแลด้วยตนเองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยบันทึกวันที่ เป้าหมายและแผนปฏิบัติพร้อมกาเครื่องหมายตามระดับความสามารถที่ทำประกอบด้วยด้านการควบคุมอาหารด้านการควบคุมการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน โดยจดบันทึกทุกวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (CVI) โดยพิจารณาความเหมาะสมของค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าข้อคำถาม สอดคล้องกับทฤษฎีหรือเนื้อหา นำไปใช้ได้ (Wongpiriyayota et al., 2005) โดยแบบสอบถามแต่ละส่วน มีค่า CVI ดังนี้ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง รวมเท่ากับ 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha-coefficient) โดยพิจารณาความเหมาะสมของค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปจากผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามวัดพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้ค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.87 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ (COA No.574/2016) แล้วดำเนินการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างแล้วโดยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล วัดพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในส่วนของข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง ได้แก่ Independent t-test และ Paired t-test

## ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.3 อายุเฉลี่ย 56 ปี อายุระหว่าง 35-59 ปี ร้อยละ 65.7 มีค่าดัชนีมวลกายอ้วน (25.00-29.99) ร้อยละ 51.4 และร้อยละ 28.6 ตามลำดับ รอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 74.3 และร้อยละ 71.4 ตามลำดับ ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 88.6 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 45.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $\leq$  5,700 บาท ร้อยละ 80 และร้อยละ 88.6 ตามลำดับระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10

ปี ร้อยละ 74.3 และร้อยละ 91.4 ตามลำดับ ระยะเวลามีโรคประจำตัว เป็นภาวะไขมัน ร้อยละ 77.2 และร้อยละ 94.2 ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านได้แก่ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 1)

### ตาราง 1

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

รายการ	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( n = 35 )				หลังได้รับโปรแกรมฯ ( n = 35 )			
	$\bar{X}$	SD	t	P-value	$\bar{X}$	SD	t	P-value
<b>ภาพรวมความเชื่อด้านสุขภาพ</b>								
กลุ่มทดลอง	94.02	10.35	1.25	.22	109.28	6.70	11.17	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	91.65	4.42			91.42	6.68		
<b>ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง</b>								
กลุ่มทดลอง	18.82	3.92	1.21	.23	22.28	1.79	9.41	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.97	1.50			18.22	1.82		
<b>ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>								
กลุ่มทดลอง	26.28	25.08	1.41	.16	30.85	2.61	8.27	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	25.08	2.56			25.54	2.76		
<b>ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ</b>								
กลุ่มทดลอง	31.65	4.39	1.90	.06	35.54	2.99	7.78	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.05	4.39			29.14	3.84		
<b>ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ</b>								
กลุ่มทดลอง	17.09	4.01	-1.83	.07	20.60	3.34	2.86	.006
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.49	2.06			18.62	2.33		

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองหลังจัดโปรแกรม พบว่าภาพรวมและรายด้านทุกด้านได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ด้านการรับรู้ประโยชน์จาก

การปฏิบัติ และด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าและแตกต่างจากก่อนจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(ตาราง 2)

#### ตาราง 2

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n= 35)

รายการ	$\bar{X}$	SD	t	df	P-value
<b>ความเชื่อด้านสุขภาพ</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	94.02	10.35	-8.36	34	0.000
หลังจัดโปรแกรม	109.28	6.70			
<b>ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	18.82	3.92	-4.49	34	0.000
หลังจัดโปรแกรม	22.28	1.79			
<b>ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	26.28	4.32	-6.95	34	0.000
หลังจัดโปรแกรม	30.85	2.61			
<b>ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	31.65	4.39	-4.96	34	0.000
หลังจัดโปรแกรม	35.54	2.99			
<b>ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	17.27	4.02	-4.20	34	0.000
หลังจัดโปรแกรม	20.61	3.34			

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้านทุกด้านได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย ด้านเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ด้านใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตนเอง ด้านแก้ปัญหา

เกี่ยวกับน้ำตาลในเลือด ด้านลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและ ด้านปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 3)



ตาราง 3

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

รายการ	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( n = 35 )				หลังได้รับโปรแกรมฯ ( n = 35 )			
	$\bar{X}$	SD	t	P-value	$\bar{X}$	SD	t	P-value
<b>พฤติกรรมจัดการสุขภาพโดยรวม</b>								
กลุ่มทดลอง	127.48	16.11	1.634	.107	153.57	11.21	12.16	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	122.08	11.08			122.00	10.50		
<b>ด้านเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย</b>								
กลุ่มทดลอง	16.20	4.08	-.951	.345	23.82	2.36	9.70	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.08	3.71			17.85	2.78		
<b>ด้านเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม</b>								
กลุ่มทดลอง	22.22	4.49	5.880	.076	36.08	2.84	12.92	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.08	4.25			25.00	4.21		
<b>ด้านใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ</b>								
กลุ่มทดลอง	14.80	2.22	-1.936	.057	17.85	2.30	5.96	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.14	1.84			14.74	2.06		
<b>ด้านเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตนเอง</b>								
กลุ่มทดลอง	9.08	3.48	2.448	.071	11.74	1.46	4.96	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.85	2.49			9.74	1.88		
<b>ด้านแก้ปัญหาเกี่ยวกับน้ำตาลในเลือด</b>								
กลุ่มทดลอง	9.22	3.08	-1.762	.083	11.42	1.82	4.60	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.34	2.13			9.34	1.97		
<b>ด้านลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน</b>								
กลุ่มทดลอง	30.60	2.81	.446	.657	30.85	2.73	3.42	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.17	4.94			27.82	4.48		
<b>ด้านปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน</b>								
กลุ่มทดลอง	19.11	3.74	4.479	.065	21.77	2.68	6.69	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.82	2.20			17.48	2.68		

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้านทุกด้านได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย ด้านเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมด้านไขมันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตนเอง ด้านแก้ปัญหา

เกี่ยวกับน้ำตาลในเลือด ด้านลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนก่อน และด้านปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพสูงกว่าและแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 4)

#### ตาราง 4

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n= 35)

กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	SD	t	df	P-value
<b>พฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพโดยรวม</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	127.48	16.11	-11.71	34	<0.001
หลังจัดโปรแกรม	153.57	11.21			
<b>ด้านเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	16.20	4.08	-11.76	34	<0.001
หลังจัดโปรแกรม	23.82	2.36			
<b>ด้านเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	22.22	4.49	-19.01	34	<0.001
หลังจัดโปรแกรม	36.08	2.84			
<b>ด้านไขมันอย่างมีประสิทธิภาพ</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	14.80	2.22	-8.45	34	<0.001
หลังจัดโปรแกรม	17.85	2.30			
<b>ด้านเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตนเอง</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	9.08	3.48	-4.50	34	<0.001
หลังจัดโปรแกรม	11.74	1.46			
<b>ด้านแก้ปัญหาเกี่ยวกับน้ำตาลในเลือด</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	9.22	3.08	-4.25	34	<0.001
หลังจัดโปรแกรม	11.42	1.82			
<b>ด้านลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	30.60	2.81	-.49	34	0.025
หลังจัดโปรแกรม	31.85	2.73			
<b>ด้านปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน</b>					
ก่อนจัดโปรแกรม	19.11	3.739	-3.286	34	0.002
หลังจัดโปรแกรม	21.77	2.679			

## การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในกิจกรรมสร้างการรับรู้สู่การปฏิบัติ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกิจกรรมที่สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน รับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่ใช้สำหรับการประเมินปัญหาเพื่อเตรียมความพร้อมทางสุขภาพ ผลักดันให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของ Becker et al. (1997) คือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น จะต้องมี ความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองโดยการลดโอกาสเสี่ยงหรือ ช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองพบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้านทุกด้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ เนื่องจากโปรแกรมสนับสนุนการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยการประเมินตนเองในการตั้งเป้าหมายซึ่งกิจกรรมการตั้งเป้าหมายเป็นหนึ่งในกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองโดยเป็นกิจกรรมที่เกิดจากความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยการปรึกษา ตอรองและการตัดสินใจร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน กำหนด

ผลลัพธ์ที่ต้องการ เพิ่มข้อมูลมัดให้กับผู้ป่วยในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ นำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย Lock and Latham (1990) การตั้งเป้าหมายทำให้คนมีความมุ่งมั่น มีแรงจูงใจของความคิดแต่ละคนเพื่อนำไปสู่การสร้างพฤติกรรม เฉพาะเจาะจงตามความต้องการของแต่ละบุคคล ไปสู่ความตั้งใจและก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้วยวิธีการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย กำหนดทิศทางของพฤติกรรมให้เกิดการปฏิบัติที่ดีขึ้น

กิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การตัดสินใจบันทึกข้อมูลวันที่จดบันทึก เขียนเป้าหมายและแผนปฏิบัติลงในแบบบันทึกโดยมีการกำกับลดพฤติกรรมเสี่ยงเฝ้าระวังตนเองส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองประกอบด้วย ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการควบคุมการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน โดยจดบันทึกทุกวัน การสังเกตอาการตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งที่ จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้สอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) เกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดง ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเตรียมว่าต้องเฝ้าระวัง อาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้ สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง โดย Creer and Holroyd (2000) กล่าวว่า การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง (Creer & Holroyd, 2000)

กิจกรรมการลงมือปฏิบัติของผู้ป่วย โดยการจัดการสุขภาพตนเองลงมือปฏิบัติการวางแผนตามวิธีตามบริบทของแต่ละคนที่แตกต่างกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมซึ่งการลงมือปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการรับรู้ข้อมูล การประเมินปัญหาและการเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามเป้าที่ตั้งไว้สอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการตนเอง Creer and

Holroyd (2000) กล่าวว่า การลงมือปฏิบัติเป็นกรปฏิบัติ การจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุม โรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลัก โภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การใช้ยาอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและ เรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัย เสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรครมีความรุนแรงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

กิจกรรมสะท้อนการปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ป่วยกับผู้ให้บริการร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสะท้อนกับผู้ให้บริการในขณะที่เยี่ยมบ้านและส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีระหว่างผู้ป่วยกันเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ผ่านการเล่าเรื่องราว หรือจากต้นแบบทำให้ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมสอดคล้องกับแนวคิดของ Creer and Holroyd (2000) การสะท้อนความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่รวมทั้งการประเมินความต้องการ การฝึกทักษะและความชำนาญ เพื่อให้บุคคลสามารถ คาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติเป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญ ในการทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีโอกาสเล่าเรื่องราวความสำเร็จ ความล้มเหลวในการปฏิบัติอันจะนำไปสู่กระบวนการเสริมพลังผู้ป่วย

ให้เกิดการจัดการตนเองได้ ดังนั้นในการจัดโปรแกรมการเยี่ยมบ้านจึงควรบรรจุในโปรแกรมสอดคล้องกับการศึกษา Teratongkom, Prasatgaw, and Maneesriwongkul (2014) การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัว โดยยึดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยประเมินการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลร่วมกันตลอดจนให้ความรู้เรื่องโรค พัฒนาทักษะที่จำเป็นส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยตนเองและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยสามารถลง ลีกรายบุคคล

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

ในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะเกี่ยวกับการสนับสนุน การจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ บุคคลเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง นอกจากนี้ต้อง มีความเป็นผู้นำสูง คอยกระตุ้น คอยติดตาม ให้ผู้ป่วยมี ปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มและดึงศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละ คนให้เกิดทักษะ เกิดความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปฏิบัติ พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อให้เกิดผลเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องโดยขยายเวลาในการติดตามผล 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ ของพฤติกรรมจัดการตนเองในระยะยาว

2. ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ในการจัดโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังอื่นเช่น โรคความดันโลหิตสูงในรพ. และ รพ.สต.



## References

- Arngbunta, P., Potiban, L., & Koschunnun, N. (2012). Effects of self-management support programs on self-management behaviors and the hemoglobin level of type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal, 39*(3), 93-104. (in Thai)
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and sick role behavior*. New Jersey: Charles B.Slack.
- Creer & Holroyd, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. New York: The Guilford Press
- Jearmjarasrangsee, W. (2007). *Chronic care model or CCM patient care model*. Nonthaburi: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Kantong, T., Issaramalai, S., & Komjakkapan P. (2013). Effects of self-management support programs on self - management behaviors and blood sugar levels in type 2 diabetes patients Who Take Insulin. Council. *Nursing Journal, 28* (1), 85-99. (in Thai)
- Koschunnun, N. (2016). *Knowledge of diabetes*. Retrieved from [www.med.cmu.ac.th/ etc/princefund/ file/17](http://www.med.cmu.ac.th/etc/princefund/file/17). (in Thai)
- Lock, E.A., & Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. New Jersey: Prentice - Hall.
- Arbsuwan, N., & Pantuwet, N. (2015). *World diabetes day campaign in 2015*. Retrieved from <http://dpc5.ddc.moph.go.th/SRRTcenter/7Nov56.pdf> (in Thai)
- Senee, A. (2015). Self - management program in chronic disease patients, *Journal of the Royal Thai Army Nurses, 15*(2), 129-134 (in Thai)
- Sesawang, J. (2013). Effects of self-management support programs on hypertensive elderly. *Rama Nursing Journal, 20*(2), 179-192. (in Thai)
- Teratongkom, S., Prasatgaw, N., & Maneesriwongkul, W. (2012). The effects of home visits combined with phone tracking on behavior health and wellbeing of people with uncontrolled hypertension. *Rama Nursing Journal, 20* (3), 356-371. (in Thai)
- Wangwonsin, A. (2014). *Development of a type 2 diabetes care assessment tool using the care model. Chronic disease in view of providers and service recipients*. Master of Public Health Thesis, Naresuan University. (in Thai)
- Wattana, CH. (2015). Self-management support: Strategies to promote disease control. *King Mongkut's University of Technology Thonburi Journal, 26*(1), 117-127. (in Thai)

Wongpiriyayota, A., & et al. (2005). *The effects of nursing support and knowledge on self-care behaviors. And health status in patients with congestive heart failure.* Master of Public Health Thesis, Mahasarakrm University. (in Thai)

