การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Program Development of using Motivational procedures in type 2 Diabetes Mellitus Patients with Poor glycemic control in the Chronic disease Outpatient ChiangYuen Hospital Maha Sarakham Province

โชติมณี เรืองกลิ่น* อารยา ฉัตรธนะพานิช นฤมล จำปาบุญ*****
Chotmanee Rueangklin, Araya Chattanapanich, Narumon Jampaboon
Corresponding author: E-mail: cmnee2010@gmail.com
(Received: September 11, 2024; Revised: September 19, 2024; Accepted: October 19, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับHbA1c 7-9% ในเขตตำบลเชียงยืนที่รักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - เดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 261 ราย การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลเชียงยืน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระยะที่ 2 วางแผนกิจกรรมแก้ไขปัญหาโดยมีการประชุมระดมความคิด และประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ระยะที่ 3 ดำเนินการโดยกระบวนการสร้าง Health literacy ระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระยะที่ 4 สรุปประเมินผลการดำเนินการ

ผลการวิจัย : พบว่า จากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสัมภาษณ์ โดยใช้กระบวนการสนทนาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ผลการวิเคราะห์ตนเองและการวิเคราะห์กลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเอง มีเป้าหมายและกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ ผลจากการใช้ My I – SMART Record พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเอง มีแรงบันดาลใจในการที่จะดูแลตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับทีมผู้ดูแลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเป้าหมายตามความต้องการ นอกจากนี้ยังพบว่าผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนหลังของผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันที่ระดับน้อยกว่า .05 รวมถึง ระดับของ HbA1c หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า .05 และระดับการจัดการตนเองหลังการเข้าโปรมแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นการพัฒนาการจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เข้าใจสาเหตุจนกระทั่งวิธีการแก้ไขผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2; ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง; การเสริมสร้างแรงจูงใจ

*,**,*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงยืน

Abstract

Purposes : To develop and study the results of motivational program for patients with type 2 diabetes uncontrol in the ChiangYuen subdistrict ChiangYuen District Maha Sarakham Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The sample group was a type 2 diabetic patient with a HbA1c level of 7-9 mg/dl in Chiang Yuen Subdistrict treated at the chronic disease clinic. The research was performed between October 2021 - July 2022, with a total of 261 cases using motivation-building skills (Motivational Interviewing). The research was divided into 4 phases: Phase 1: Study the problem situation of patients with type 2 diabetes in Chiang Yuen Subdistrict treated in the Chiang Yuen Nurse's Chronic Disease Clinic who have poor blood sugar control, Phase 2: Plan activities to solve the problem by having a brainstorming meeting and conducting a practical meeting to determine solutions to the problem, Phase 3: Carry out the process of creating health literacy at the individual level in patients with type 2 diabetes by changing behavior to control blood sugar levels to be within normal limits. Phase 4: results of operation evaluates.

Main findings : Using the Program Development of using Motivational interviewing the results of the self-analysis and cluster analysis make diabetic patients aware of having behaviors to take care of their own health with a clear goal and time period. There is a possibility. The results of using My I – SMART Record found that patients had a better understanding of themselves and were inspired to take care of themselves. There was a common goal with the care team to take care of each patient's self-care. There was a clear timeline for practicing self-care in order to reach the goals as desired. In addition, it was found that the results assessing pre- and post-knowledge of diabetic patients were significantly different at a level less than .05, including the results of HbA1c levels after motivational interviewing, which were significantly reduced at a level less than .05.

Conclusion and recommendations : Development of a motivational program for patients with type 2 diabetes uncontrol their blood sugar levels. It is about developing self-management to be uncontrol blood sugar levels well. Understand the cause until the solution. Diabetic patients can control their disease effectively. And the level of self-management after participating in the motivation program was significantly revel less than .05.

Keyword : Type 2 diabetes Mellitus; Hyperglycemia; Motivational Interviewing

*,**,*** Registered Nurse Professional Level, ChiangYuen Hospital.

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยโดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับโดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่พบเป็นเบาหวานประเภท 2 ซึ่งเป็นผลมาจากเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและพันธุกรรม[1] ในขณะที่ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก หรือ WHO คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2557 มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2523 ที่จำนวน 108 ล้านราย โดยความชุกได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ส่วนอัตราการเสียชีวิตพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเบาหวานโดยตรงจำนวน 1.5 ล้านราย นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคไตที่เกิดจากเบาหวานอีกประมาณ 460,000 ราย รวมแล้วเป็นการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานประมาณ 2 ล้านราย โดยพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตร้อยละ 48 เกิดขึ้นก่อนอายุ 70 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึง 2019 อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานตามอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3[2] ประเทศไทยสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วประเทศจำนวน 3,852,893 ราย เสียชีวิต 84,052 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.18[3] และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2560) คาดการณ์ว่า ความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงถึง 5.3 ล้านรายในปี 2583 นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2559 พบว่า มีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเป็นจำนวนประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน ข้อมูลผลสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2557 โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด[4]

ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงยืน 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2563 -2565) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 3,686, 3,747 และ 3,915 ราย ตามลำดับ ในเขตตำบลเชียงยืนมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 882, 936 และ998 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากกว่าร้อยละ 40 แต่จากข้อมูลจาก HDC (Health Data Center)[5] จังหวัดมหาสารคาม ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พบว่า แม้ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาล (HbA1c) ได้ดีเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 40) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 คือ ร้อยละ 26.02, 28.24 และ 32.13 ตามลำดับ ในเขตตำบลเชียงยืน ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพียงร้อยละ 19.73, 22.11 และ 34.62 ซึ่งมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน ส่งผลก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 11.20, 12.33 และ 13.65 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 10.82 ,12.52 และ 13.51 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนถูกตัดเท้ารายใหม่ ร้อยละ 0.06 , 0.00 และ 0.03 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคและการทวีความรุนแรงมาจากพฤติกรรมการบริโภค การควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเอง และส่งผลกระทบต่อชีวิตเศรษฐกิจสังคมได้

ปัจจัยเกี่ยวข้องที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การศึกษาพบว่า 1) ขาดความรู้ที่ถูกต้อง 2) มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการควบคุมอาหาร รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซื้อยารับประทานเอง ลดหรือหยุดยาเอง และ 3) ปฏิเสธการรักษา มีลักษณะหยุดรักษา ทั้งเกิดจากความตั้งใจ และความไม่ตั้งใจ หรือรักษาเป็นบางครั้ง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการความรู้และขาดแรงจูงใจ ดังนั้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมอาหาร รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยเหตุนี้การที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการให้ความรู้ ซึ่งจากงานวิจัยต่างๆพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้นอกจากจะมีความรู้เพิ่มขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้น[6-7] และ

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจก็เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ผู้บำบัดมักจะเลือกใช้ เพื่อกระตุ้นสร้างแรงจูงใจสร้างความร่วมมือในการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สนใจพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการบำบัดผู้ป่วย โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่ายที่สุด คือทำอย่างไรจึงจะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ อีกทั้งผู้บำบัดเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และสามารถสร้างความร่วมมือสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในปัญหาตนเอง เกิดการตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่าการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick[8] เป็นการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่ง เกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและเห็นใจกัน และใช้คำถาม ปลายเปิด (Opened-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและความต้องการ เปลี่ยนแปลงตนเอง หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Rolling with resistance) โดยจะไม่ให้คำแนะนำผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาจะสนับสนุน ชื่นชม และกระตุ้นให้เห็นความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อลดเลิกพฤติกรรมเสี่ยง และยึดมั่นในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยผู้วิจัยได้นำหลักการดังกล่าวมาออกแบบโปรแกรมในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ระยะ ได้แก่ การเปลี่ยนกรอบความคิด การตั้งเป้าหมาย การบันทึกข้อมูล และการลงมือปฏิบัติ โดยรายละเอียดขั้นตอนในการปฏิบัติการดังกล่าวได้มาจากการบูรณาการแนวคิดตามทฤษฎีร่วมกับข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่เป็นปัญหา ซึ่งคาดว่าเมื่อนำโปรแกรมไปทดลองปฏิบัติแล้วจะสามารถสร้างแรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ตำบลเชียงยืนได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c 7-9 mg/dl ไม่มีโรคร่วม โดยออกแบบวิจัยกลุ่มเดียววัดซ้ำก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – เดือนกรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลเชียงยืน ที่ขึ้นทะเบียนรักษาคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงยืน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c 7-9 mg/dl ในเขตตำบลเชียงยืน ขึ้นทะเบียนรักษาคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงยืน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - เดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 261 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลเชียงยืน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566 มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง 2) ก่อนการรับโปรแกรมครั้งที่ 1 มีระดับ ระดับ HbA1c 7-9 mg/dl ไม่มีโรคร่วม 3) สามารถเข้ารับโปรแกรมครั้งที่ 2, 3, 4 และหลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือนได้ครบทุกครั้ง เกณฑ์การคัดออกมีดังนี้ 1) ขาดการเข้าโปรแกรมอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) ขอถอนตัวออกจากการเป็นอาสาสมัครการวิจัย 3) มีความเจ็บป่วยรุนแรงต้องได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลระหว่างการทำวิจัย

ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - เดือนกรกฎาคม 2566

พื้นที่การศึกษา เขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ อบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบบบันทึก My I – SMART Record

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพื่อใช้ประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรมให้ความรู้ 2) แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และบันทึกการสนทนา 3) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดสะสม เป็นแบบบันทึกค่าตัวเลขที่ได้มาจากการวัดค่า HbA1c ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.84 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับ กลุ่มคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน ค่าสัมประสิทธิ์ความ เชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) = 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยมีรายละเอียดและการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงยืน

ระยะที่ 2 วางแผนกิจกรรมแก้ไขปัญหาโดยมีการประชุมระดมความคิด และประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ระยะที่ 3 ดำเนินการโดยกระบวนการสร้าง Health literacy ใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับบุคคลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ในชุมชนเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ และมีโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจดังนี้ 1) Change mindset ปรับเปลี่ยนมุมมองสุขภาพ ค้นหาเป้าหมายชีวิตให้เจอ โดยให้ผู้ป่วยรู้ว่าปัญหาสุขภาพของตนเองคืออะไร รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อควบคุมโรค และรู้ว่าสิ่งที่ทำสำคัญอย่างไร โดยการใช้กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 2) Setup Goals คือ การให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ 3) Data based บันทึกการตรวจสุขภาพในสมุดประจำตัว/คืนข้อมูลสุขภาพ 4) Intervention design โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรง 5) Monitoring โดยให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินติดตามการดูแล และ 6) Evaluation/Reflection ประเมินระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะที่ 4 สรุปประเมินผลการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired simple t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โดยขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเชียงยืนเลขที่CY 18/2564 หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือและเข้าพบผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. จากสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงยืน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลเชียงยืน ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 882, 936 และ998 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตตำบลเชียงยืน ปีพ.ศ.2563-2565 พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพียงร้อยละ 19.73, 22.11 และ 34.62 ซึ่งจากพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ได้ ส่งผลก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 11.20, 12.33 และ 13.65 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 10.82 ,12.52 และ 13.51

ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนถูกตัดเท้ารายใหม่ ร้อยละ 0.06 , 0.00 และ 0.03 ตามลำดับ โดยสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค และการทวีความรุนแรงของโรคนั้นอาจมาจากพฤติกรรมการบริโภค การควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเอง ส่วนปัจจัยการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ พบว่า 1) ขาดความรู้ที่ถูกต้อง 2) มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา 3) ปฏิเสธการรักษา มีลักษณะหยุดรักษา ทั้งเกิดจากความตั้งใจ และไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้และขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จากข้อมูลของปัญหานำมาวางแผนการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย โดยประชุมทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการและอสม.

2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระดับบุคคลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ และมีโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

2.1 Change mindset ปรับเปลี่ยนมุมมองสุขภาพ ค้นหาเป้าหมายชีวิตให้เจอ โดยให้ผู้ป่วยรู้ว่าปัญหาสุขภาพของตนเองคืออะไร รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อควบคุมโรค และรู้ว่าสิ่งที่ทำสำคัญอย่างไร โดยการใช้กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

2.2 Setup Goals คือการให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ โดยใช้เครื่องมือ My I – SMART Record (Inspiring-Specific-Measurable-Achievable-Relevant-Time specific)

2.3 Data basedบันทึกการตรวจสุขภาพในสมุดประจำตัว/คืนข้อมูลสุขภาพ โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นวิถีทางความเจ็บป่วย (Illness Tarjectory) ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง

2.4 Intervention design กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเบาหวานระดับ HbA1c > 7-9 mg/dl โดยแบ่งระดับความรุนแรง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c > 7-< 8 mg/dl กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c 8 - < 8.5 mg/dl กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c 8.5 - 9 mg/dl ให้การดูแลแบบการจัดการรายกรณีโดยทีมสหวิชาชีพตามระดับความรุนแรงของโรค และแนวทางการการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG)แก่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วยเบาหวาน และญาติโดยรับคำปรึกษา (Consult) แพทย์เพื่อปรับยาตามระดับ HbA1c

2.5 Monitoring โดยให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการติดตาม (หลังจบโปรแกรม) โดยเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว (SMBG) สัปดาห์ละ 1 วัน (เป็นเวลา 1 เดือน) ก่อนอาหารเช้าเวลา 07.00 น. โดยใช้สัญลักษณ์รูปภาพ และแถบสีระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการควบคุมอาหาร ร่วมกับให้ผู้ป่วยบันทึกเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละวันโดยแบ่งเป็น 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น เป็นเวลา 3 เดือน ให้ผู้ป่วยสามารถเห็นผลจากการปฏิบัติตนได้ชัดเจนมากขึ้น รายงานผลน้ำตาลในเลือดกรณีที่ผิดปกติ ให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทุก 1 สัปดาห์ ผ่าน Group Line OA

2.6 Evaluation/Reflection ประเมินระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลให้ความรู้เพิ่มเติม และเสริมแรงให้กับผู้ป่วย

3. ผลของการใช้โปรแกรมฯ พบว่า

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 261 คนประกอบด้วยเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 58.23 และเพศชาย ร้อยละ 41.76 มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 และ 49-59 ปี เป็นจำนวนรวมกันร้อยละ 68.18 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 85.44 โดยกลุ่มตัวอย่างใช้การกินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 91.95 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปีเป็นจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.61 รองลงมาในช่วง 11-15 ปีจำนวนร้อยละ 32.56 และน้อยที่สุดคือ 16 ปีจำนวนร้อยละ 1.91

3.2 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff. (SE)	95% CI	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	261	7.06(0.94)	3.21(0.07)	3.06, 3.34	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	261	10.76(1.02)			

3.3 ผลเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีค่าระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff. (SE)	95% CI	p
HbA1c ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	261	7.91(0.61)	0.95(0.05)	0.86, 1.05	<.001
HbA1c หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	261	6.96(0.53)			

3.4 ผลเปรียบเทียบค่าระดับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีค่าระดับการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (N = 261)

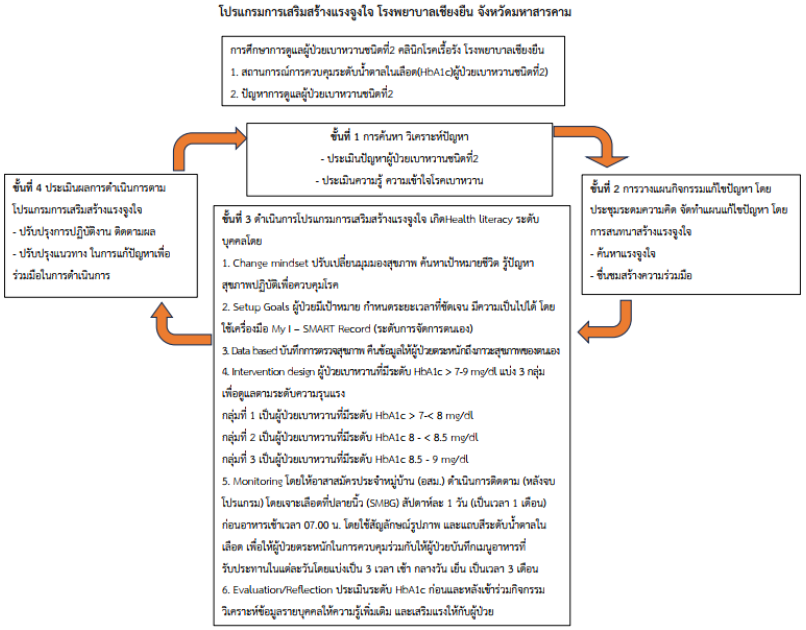
ระดับการจัดการตนเอง	Mean(SD.)	t	df	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	5.07(1.49)	34.99	260	< .001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	9.06(1.03)			

3.5 ผลจากแบบบันทึกการวิเคราะห์ตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมเหมือนๆกันทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารรสเค็ม และกินผลไม้ครั้งละมากๆ เช่น มะม่วง น้อยหน่าฯลฯ และการรับประทานยาส่วนใหญ่จะลืมทาน และลดขนาดหรือเพิ่มขนาดยาเอง การออกกำลังกายส่วนใหญ่ทำงานบ้านอยู่แล้ว การแก้ปัญหา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานจะไม่ทานอาหารเค็ม หวาน มัน ทอด จะไม่ลืมทานยา ทานยาตามแพทย์สั่งเท่านั้น หมั่นออกกำลังกายประจำ สวมรองเท้าทุกครั้งที่เดิน ตรวจดูง่ามเท้าและซอกเท้า

3.6 ผลการวิเคราะห์กลุ่ม พบว่า ตั้งแต่ สาเหตุจนกระทั่งวิธีการแก้ไขที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้องตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการ และจากการสังเกตรายกลุ่มพบว่า ทุกคนต่างแสดงความคิดเห็นที่ตรงกัน สามารถอภิปราย และถกเถียงปัญหาต่างๆตามความคิดของแต่ละคนที่อยู่ในกรอบความรู้ที่ให้ไปอย่างถูกต้องชัดเจน ซึ่งทำให้เห็นว่าทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวานมากขึ้น อนาคตจะอยู่กับเบาหวานได้อย่างมีความสุข คือการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี

3.7 ได้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่สามารถ

ปรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงยืน และนำโปรมแกรมที่ได้จากการวิจัยขยายผลไปใช้กับ รพ.สต. ในเขตอำเภอเชียงยืนทุกแห่ง จำนวน 10 แห่ง



วิจารณ์

1. ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ครอบคลุมในทุกเรื่องทั้งเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการดูแลเท้า จากทีมสหวิชาชีพ และเนื่องจากเป็นการให้ความรู้ในคลินิกเบาหวานไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับระยะเวลา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสนใจในกิจกรรมให้ความรู้ได้อย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้หลากหลาย ทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องขึ้น และสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ[9] ได้ศึกษา ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001

2. ผลการเปรียบเทียบค่า HbA1c จากการควบคุมค่าระดับน้ำตาลแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังกาเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 จากการปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงยืน พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจากคลินิกค่า HbA1c ซึ่งเป็นการวัดจำนวนของฮีโมโกบิล ซึ่งโดยปกติค่า HbA1c ถูกสังเคราะห์ขึ้นจากการได้รับสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเมื่อร่างกายรับปริมาณสารเข้าไปร่างกายจะเปลี่ยนจากแป้งไปอยู่ในรูปของน้ำตาล ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาได้ โดยพบว่าการรับประทานผักที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำจะช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นเป็นไปได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างได้มีการสนทนาเพื่อให้ตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัญหาของตนเอง ซึ่งเมื่อได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพร้อมทั้งการจดบันทึก เพื่อนำข้อมูลรายงานสหวิชาชีพเป็นประจำ รวมถึงการได้รับการประเมินผลย้อนกลับกระบวนการดังที่กล่าวมาน่าจะสามารถนำไปสู่การใส่ใจพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาของตนเองมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้แรงจูงในการดูแลตนเองอาจจะสะท้อนได้จากคะแนนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้นหลังการเข้าโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยรู้แนวทางการดูแลตนเองอย่างมีวินัยและถูกต้อง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานที่นำมาใช้นี้สอดคล้องกับการทดลองใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการลดระดับ HbA1c ในหลายๆ การศึกษาทดลองทั้งในและต่างประเทศ เช่นการศึกษาทดลองในต่างประเทศ Steffen et al.[10] ทดลองใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 และโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้เข้าร่วมการทดลองจำนวน 174 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ จำนวน 94 คนเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จำนวน 80 คน มีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยจากการศึกษาของ พนิดา สารกอง[11] ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 42.12 และสอดคล้องกับงานวิจัยของเทิดศักดิ์ เดชคง[12] และละอองกลิ่น กนกแสง[13] ซึ่งพบว่าผลของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ

3. ผลของกระบวนการจัดการตนเองต่อผลระดับน้ำตาลในเลือด โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากที่เคยรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีรสเค็มจำนวนมากและมักจะลืมรับประทานยาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นการควบคุมการรับประทาน รวมถึงการทานยาและดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Prochaska และ DiClemente กล่าวถึงขั้นตอน 5 ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มจาก 1) ขั้นเมินเฉย ในขั้นนี้โดยคนเรามักคิดว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจึงไม่คิดจะเปลี่ยน การใช้การสนทนาเพื่อให้เกิดขั้นที่ 2) ตระหนักรู้จึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการทำให้ผู้ที่เมินเฉยเริ่มเกิดการตระหนักรู้อย่างไรก็ตามคนเรามักจะลังเลเพราะว่ามีเหตุผลหรือข้ออ้างที่ทำให้ลังเลใจ ดังนั้นการช่วยให้เกิดขั้นที่ 3) การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงโดยการช่วยกระตุ้นหรือวางแผนจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ง่ายขึ้นจึงนำไปสู่ขั้นที่ 4) ของการเปลี่ยนแปลงที่คนเราจะลงมือทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สุดท้ายเมื่อได้ลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องจึงเกิดขั้นที่ 5) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง[14] ดังนั้นจากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กล่าวถึงเมื่อเปรียบเทียบกับกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจที่นำมาใช้ สามารถอธิบายได้ตามขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงระดับความคิด คือการเปลี่ยนชุดความคิด (Change mindset) ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองสุขภาพค้นหาเป้าหมายชีวิตให้เจอ โดยให้ผู้ป่วยรู้ว่าปัญหาสุขภาพของตนเองคืออะไร รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อควบคุมโรคและรู้ว่าสิ่งที่ทำสำคัญอย่างไร เมื่อเกิดขั้นนี้แล้วจึงนำไปสู่การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) คือการปรับพฤติกรรมการรับประทานพร้อมทั้งการบันทึกรายงานแก่สหวิชาชีพ เมื่อผู้ป่วยเห็นความจำเป็น และเห็นว่าการปฏิบัติตามโปรแกรมไม่ยุ่งยากซับซ้อนเป็นรูปธรรม และมีผู้ที่มีความรู้ เช่น แพทย์คอยให้คำแนะนำ มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายได้ตามความต้องการ มีการตรวจสอบ (Monitor) จากอาสาสมัครหมู่บ้าน กระบวนการเหล่านี้เมื่อมีการปฏิบัติอย่างเป็นประจำจึงนำไปสู่การมีผลระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา สารกอง[11] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 42.12 และงานวิจัยของละอองกลิ่น กนกแสง[13] ซึ่งได้ศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้เกิดแรงจูงใจระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถดูแลจัดการตนเองเข้าใจสาเหตุจนกระทั่งวิธีการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มการเก็บข้อมูลตัวแปรแทรกซ้อน นำมาวิเคราะห์ปัจจัยของตัวแปรร่วมที่อาจส่งผลต่อปริมาณ HbA1c ในร่างกาย อาจจะสามารถช่วยให้ผลการวิจัย มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). International Diabetes Federation [Internet]. Facts & figures; 2023 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/
2. World Health Organization (WHO). Diabetes [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.Php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
5. Health Data Center (HDC) จังหวัดมหาสารคาม. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
6. เจษฎา จงไพบูลย์พัฒนะ. การประเมินประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่ม ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสตูล. วารสารวิชาการเขต 12. 2546;14(3):45-60.
7. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาแบบกระบวนการกลุ่ม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารแพทย์เขต 6-7. 2547;23(1):77-89.
8. Miller W R, Rollnick S. What makes it Motivational Interviewing?. Presentationat the International Conference on Motivational Interviewing (ICMI). Stockholm; 2010.
9. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, น้ำเพชร สายบัวทอง. ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาตำบลตลาดขวัญ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2564;27(1):64-75.
10. Steffen P L S, Mendonça C S, Meyer E, Faustino-Silva D D. Motivational interviewing in the Management of Type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension in primary health care: an RCT. Am J Prev Med. 2021;60(5):e203-e212.
11. เสกสรรค์ จวงจันทร์, พนิดา สารกอง, สายชล นิลเนตร. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลนาคูณ.วารสารสำ นักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2562;17(2):37-47.
12. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(3);134-45.
13. ละอองกลิ่น กนกแสง. ผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):161-70.
14. Prochaska J O, DiClemente C C. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Dow Joneslrwin; 1984.