วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

DEVELOPMENT OF A HEALTH CARE BEHAVIOR PROGRAM FOR PREGNANT WOMEN WITH HYPERGLYCEMIA

รัชยา รัตนะถาวร[1,*] สุนิสา เค้าโคน[1] ชนัญชิดา บุตรคำโชติ[1]
Ratchaya Rattanatavorn Sunisa Khoakon Chananchida Butkumchote
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ตำบลรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12110
School of Nursing, Eastern Asia University, Rangsit Sub-district, Thanyaburi District, Pathum Thani, 12110, Thailand
*Corresponding author E-mail: ratchaya@eau.ac.th

Received: *March 15, 2026* Revised: *May 31, 2026* Accepted: *June 30, 2026*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ ใช้รูปแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลคลองหลวงและโรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 50 คน ได้มาโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โปรแกรมพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ดำเนินการผ่านกระบวนการ PAOR เป็นเวลา 24 สัปดาห์ ด้วยการประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คู่มือและสมุดบันทึก แบบประเมินการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .76 – .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีแบบไม่อิสระต่อกัน (dependent *t*-test)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 4.24, SD = .56 และ M = 2.94, SD = .59 ตามลำดับ; t = -25.92, p < .05) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 118.42 mg/dL, SD = 14.76 และ M = 142.36 mg/dL, SD = 18.52 ตามลำดับ; t = -12.84, p < .05) นอกจากนี้ การจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน ดังนั้น โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการ PAOR สามารถส่งเสริม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนและสถานพยาบาล

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Abstract

This participatory action research employed a one-group pretest-posttest quasi-experimental design with two objectives: to develop a health care behavior program for pregnant women with hyperglycemia, and to compare mean health care behavior scores and mean blood glucose levels before and after program participation. A purposive sample of 50 pregnant women with hyperglycemia was recruited from the antenatal care clinics at Khlong Luang Hospital and Thanyaburi Hospital in Pathum Thani Province, Thailand. The intervention program was theoretically grounded in the constructs of self-management, self-efficacy, and social support, and was implemented over 24 weeks through the Participatory Action-Oriented Research (PAOR) process. Program delivery modalities comprised group meetings, home visits, and telephone follow-up. Research instruments included the health care behavior program, a health manual and self-monitoring diary, assessment tools for self-management, self-efficacy, and social support, a personal and health data questionnaire, a health care behavior questionnaire, and a blood glucose recording form. All instruments underwent content validity verification, with Cronbach's alpha coefficients ranging from .76 to .84. Data were analyzed using descriptive statistics and the dependent *t*-test.

The findings revealed that following program participation, participants demonstrated significantly higher mean health care behavior scores compared with baseline (M = 4.24, SD = .56 vs. M = 2.94, SD = .59, respectively; t = - 25.92, $p < .05$). Mean blood glucose levels were also significantly reduced post-intervention (M = 118.42 mg/dL, SD = 14.76 vs. M = 142.36 mg/dL, SD = 18.52, respectively; t = - 12.84, $p < .05$). Furthermore, scores across all three psychosocial domains- self-management, self-efficacy, and social support- improved significantly from moderate to high levels ($p < .05$). These findings demonstrate that the PAOR-based health care behavior program effectively promotes health-protective behaviors and achieves clinically meaningful glycemic control among pregnant women with hyperglycemia. The program warrants broader implementation across community and clinical settings as a replicable, evidence-based intervention for this at-risk population.

Keywords: pregnant women with hyperglycemia, self-management, health care behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดื้อต่ออินซูลินตามธรรมชาติของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะช่วงสัปดาห์ที่ 24 - 28 หากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอจะนำไปสู่ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) แนวโน้มสถิติระดับโลกสะท้อนว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่จำกัดเฉพาะหญิงที่มีภาวะอ้วนหรือมีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) สูง แต่ยังพบในหญิงที่มีน้ำหนักปกติและต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียและยุโรป ซึ่งมีอัตราสูงกว่าร้อยละ 20 - 30 ของหญิงตั้งครรภ์ (IDF, 2024; Gitlin et al., 2024) การเพิ่มขึ้นนี้ทำให้จำเป็นต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมและ

เหมาะสมกับบริบทแต่ละประเทศ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในระยะยาว ข้อมูลสถิติของกรุงเทพมหานคร พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 1,777 คน ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 5,104 คนในปี พ.ศ. 2567 (Medical Service Department, Bangkok Metropolitan, 2025)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หมายถึง การมีภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติระหว่างตั้งครรภ์ โดยแสดงผ่านผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่เป็นการทดสอบความทนต่อกลูโคส (oral glucose tolerance test: OGTT) ที่มีความผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป ซึ่งอาจเกิดจากเบาหวานที่มีอยู่ก่อนตั้งครรภ์หรือเกิดขึ้นใหม่ในระหว่างตั้งครรภ์ที่เรียกว่า เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) ภาวะนี้มักเกิดขึ้นในช่วงไตรมาสที่สองถึงสาม เนื่องจากฮอร์โมนจากรกทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (McIntyre, Fuglsang, Kampmann, Knorr, & Ovesen, 2022) จากปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ น้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์ และอายุของมารดาที่มากขึ้น (Netimetee, & Boobpamala, 2022) ภาวะนี้ไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกเกิด แต่ยังเพิ่มโอกาสในการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอด (Ferrara, 2020) แนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ จึงมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงทั้งต่อมารดาและทารก

การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่สมดุล การไม่ออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่ไม่ดี และการละเลยการฝากครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนในสตรีมีครรภ์ให้โอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยส่งผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ (ADA, 2022; Ferrara, 2020) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บูรณาการแนวคิดการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในบริบทหญิงตั้งครรภ์คนไทยมากนัก ทำให้ยังเกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม เพราะการจัดการตนเอง (self-management) ตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ผ่านการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ การจัดการตนเองเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการสภาพแวดล้อมของตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ ซึ่งการจัดการตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (Huang et al., 2024; Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ในขณะที่ อิทธิพลของแต่ละปัจจัยจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบริบทของเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Creer, 2000; Huang et al., 2024) กล่าวว่าการจัดการตนเองในการวิจัยครั้งนี้จึงหมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความรู้ที่ได้รับ อันนำไปสู่การลดและป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงการดูแลอาการด้วยตนเอง ครอบคลุมกิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การติดตามตนเอง 4) การประเมินตนเอง และ 5) การเสริมแรงตนเอง

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 2 ส่วน คือ การรับรู้ความสามารถของตน (perceived self-efficacy) และความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น/ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) โดยการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น ต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (enactive mastery experience) 2) การใช้ตัวแบบ (modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง

(verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาดำเนินการผ่านกิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การใช้คู่มือ 3) การให้ข้อมูลย้อนกลับ และ 4) การติดตามผล

ยิ่งไปกว่านั้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรืออยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกกันชนความเครียด โดยช่วยลดความรุนแรงของประสบการณ์ที่คุกคามและส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น House (1981, as cited in Szekér et al., 2023) จำแนกพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เช่น การให้กำลังใจและการยอมรับนับถือ 2) การสนับสนุนในการประเมินผล (appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับและการรับรอง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เช่น การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ และ 4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) เช่น การจัดหาสิ่งของและเวลา ซึ่งในการวิจัยนี้ได้จัดกิจกรรมทางการพยาบาลที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ บทบาทหน้าที่ ข้อมูล และด้านวัตถุ/สิ่งของ

งานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้น ต้องอาศัยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยสำคัญ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับเบาหวานและความรุนแรงของโรคในขณะตั้งครรภ์ (Churos, Kasinang, & Kaeokhieo, 2023) นอกจากนี้จากการศึกษาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (Panmuang, Sutthiprapa, & Phuakphan, 2023) และจากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 56.3 (Singtan, 2022) ซึ่งเป็นการยืนยันว่าแนวคิดการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญและควรได้รับการบูรณาการเข้าในโปรแกรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน

ดังนั้น หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมาจึงนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยมุ่งส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งประกอบด้วย 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การฉีดอินซูลินด้วยตนเอง และ 5) การมาฝากครรภ์ตามนัด และประเมินผลลัพธ์ด้วยการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี FPG (Fasting Plasma Glucose) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม เพื่อศึกษาผลส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภายใต้การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในการพัฒนาโปรแกรม อันจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกตลอดจนสร้างผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

สมมุติฐานวิจัย

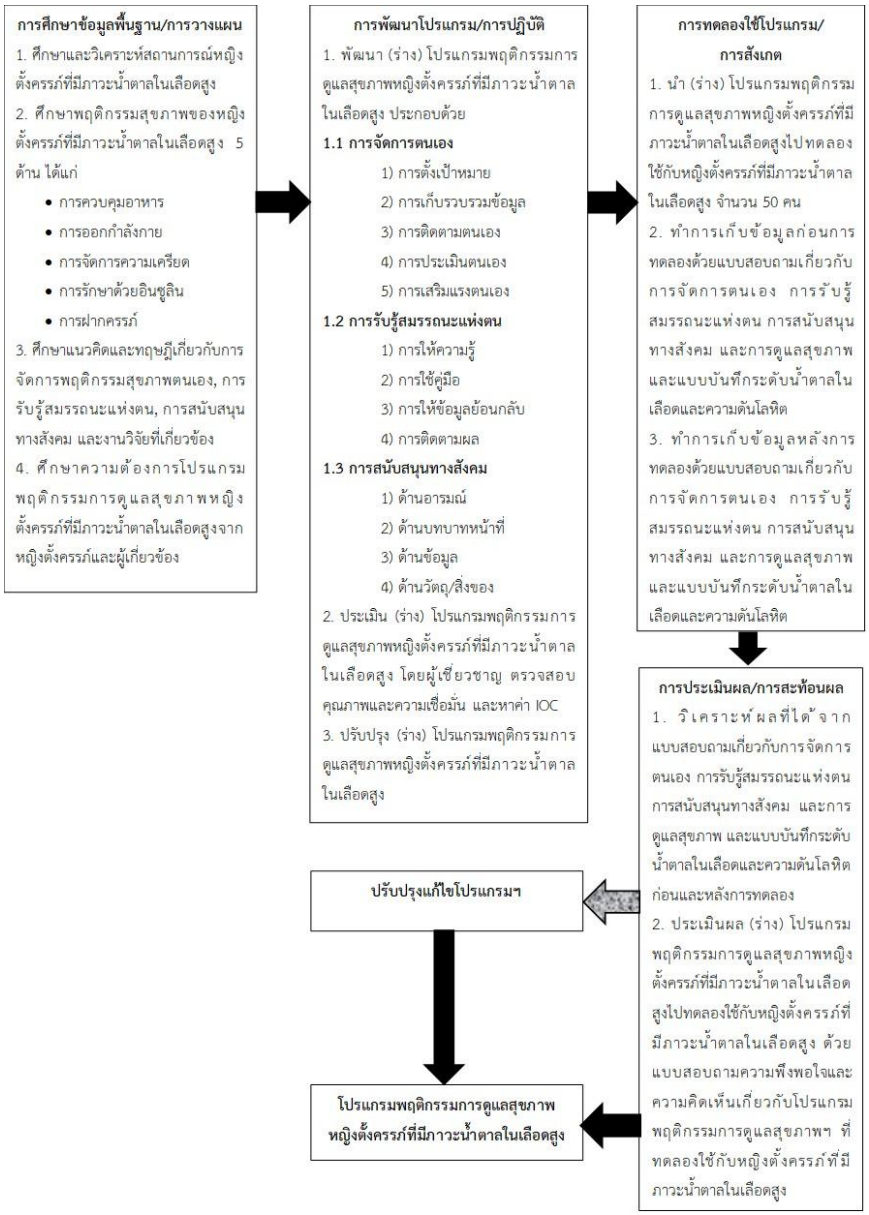
1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลังการใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลังการใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาโปแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือปลอดภัย โดยอาศัยแนวคิดการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีรายละเอียดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยมีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่ใช้ตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และใช้กระบวนการ PAOR โดยเริ่มจาก P (Plan) คือ การศึกษาสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรักษาด้วยอินซูลิน และการฝากครรภ์ โดยอ้างอิงแนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981; Szekér et al., 2023) เป็นฐานทฤษฎีในการออกแบบโปรแกรม (A: Act) จากนั้นพัฒนาและดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 24 สัปดาห์ (O: Observe) ผ่านการประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ พร้อมเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง สุดท้ายทำการสะท้อนผล (R: Reflect) โดยการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งสรุปปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในระดับชุมชนและสถานพยาบาล

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง และโรงพยาบาลธัญบุรี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

ตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) ตามจำนวนที่คำนวณได้จากโปรแกรม G*Power ที่กำหนดโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Type I error: Alpha) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ .50 ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อย 34 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างเป็น 50 คน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Polit and Beck (2020) ที่ระบุว่าการวิจัยเชิงทดลองควรมีจำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คนต่อกลุ่มเพื่อให้ผลการวิเคราะห์ที่มีความน่าเชื่อถือ

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และ 4) อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรืออายุรกรรมที่รุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ขั้นวางแผน (P: Plan) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1.1 แบบประเมินการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) มี 5 ข้อ ครอบคลุมการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการติดตาม/สังเกตตนเอง (self-monitoring) ด้านการประเมินตนเอง (self-evaluation) และด้านการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 หมายถึง มากที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก และ 4.21 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด นอกจากนี้ แบบประเมินนี้ยังได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยง (reliability) จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างจำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลอื่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

1.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) เพื่อวัดการรับรู้ความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ มี 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับและแปลผลเช่นเดียวกับแบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

1.3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1981) เพื่อวัดการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม มี 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับและแปลผลเช่นเดียวกับแบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

2. ขั้นดำเนินการ (A: Action) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คู่มือ สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งในส่วนของโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ภายในระยะเวลา 24 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1, 2 เป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อม ดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ครั้งที่ 1 เป็นเก็บรวบรวมข้อมูลของตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

3) ให้ตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รับฟังความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรักษาด้วยอินซูลิน และการฝากครรภ์

4) การติดตามตนเอง (self - monitoring) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน 2) จำแนกพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน 3) กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก 4) ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม 5) แสดงผลการบันทึกที่ชัดเจน และ 6) วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

สัปดาห์ที่ 3 - 24 เป็นกิจกรรมการรวบรวมข้อมูล (information collection) การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองของตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้านตามความเหมาะสม ดำเนินการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึกในแต่ละวันเทียบกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

สัปดาห์ที่ 5, 10, 15 เป็นกิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (goal setting) ที่กำหนดไว้จากบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บันทึกไว้ทุกวัน ให้ความรู้และให้คำ ปรึกษาเพิ่มเติมกับตัวอย่าง ให้ตัวอย่างมีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติการจัดการตนเอง จากนั้นให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเอง และให้ตัวอย่างให้กำลังใจตนเองว่าสามารถทำได้ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้

สัปดาห์ที่ 8, 13, 18 เป็นกิจกรรมเก็บการรวบรวมข้อมูล (information collection) การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ด้วยการเยี่ยมบ้านทั้งรายบุคคลหรือกลุ่มย่อย ให้ตัวอย่างประเมินการปฏิบัติการจัดการตนเองเทียบกับเป้าหมายที่ได้วางแผนไว้ ประเมิน

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเอง จากนั้นเขียนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นทั้งหมดของสมาชิกในกลุ่ม ลงในกระดาษที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ พร้อมทั้งวิธีแก้ไขที่ได้ปฏิบัติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มเลือกผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้แรงเสริมทางสังคม โดยให้ทุกคนกล่าวคำชื่นชมคนละ 1 ประโยค จากนั้นให้ผู้ที่ถูกเลือกกล่าวให้กำลังใจแก่สมาชิกในตัวอย่าง

3. ขั้นสังเกต (O: Observe) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว (โรคเบาหวาน) และประวัติเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด Health Promotion Model ของ Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) ครอบคลุมมิติด้านการควบคุมอาหาร (diet control) การออกกำลังกาย (physical activity) การจัดการความเครียด (stress management) การใช้ยา/อินซูลิน (medication adherence) การติดตามรักษาและเฝ้าระวัง (monitoring and follow-up) มีทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 หมายถึง มากที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก และ 4.21 – 5.00หมายถึง มากที่สุด แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

3.3 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดที่เป็น FPG (Fasting Plasma Glucose) มีหน่วยเป็น mg/dL ซึ่งนำผลมาจากเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานผลิตภัณฑ์จากหน่วยงานที่ดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของทั้ง 2 โรงพยาบาลมาแล้ว

4. ขั้นสะท้อนคิด (R: Reflect) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสม ความถูกต้อง และมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและนิยามตัวแปร

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย เอกสารรับรองเลขที่ SN 2567-37 รหัสโครงการ 48-2567 วันที่รับรอง 24 เมษายน พ.ศ. 2568 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการคุ้มครองเป็นพิเศษ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอย่างครบถ้วนและชัดเจนก่อนขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีการบังคับหรือชักจูงใด ๆ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการด้านสุขภาพที่พึงได้รับ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด การวิจัยนี้ใช้การลงรหัสแทนชื่อจริงในทุกขั้นตอนของการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจะถูกเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยและทีมวิจัยเท่านั้น และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม นอกจากนี้ กิจกรรมทุกขั้นตอนในโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้รับการออกแบบโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นหลัก หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติใด ๆ ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาจากทีม

สุขภาพที่เกี่ยวข้องทันที ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายจะได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 - 2 ก่อนการใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อประเมินข้อมูลพื้นฐานและระดับน้ำตาลในเลือดของตัวอย่าง

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 24 หลังจากที่ตัวอย่างได้รับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อประเมินผลของโปรแกรม

ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสองครั้งทำเมื่อตัวอย่างมารับบริการที่โรงพยาบาลคลองหลวงและโรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ *t*-test แบบ Dependent ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ อายุ 25 - 29 และ 30 -34 ปี ร้อยละ 32 อย่างละเท่า ๆ กัน อายุครรภ์อยู่ในช่วงกลางถึงปลายของการตั้งครรภ์ 28 - 34 สัปดาห์ ร้อยละ 36 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 38 และรายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 80 ไม่เคยเป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 70 และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก่อน ร้อยละ 100

2. ก่อนได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 2.98, *SD* = .62) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.08, *SD* = .63) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.05, *SD* = .64) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 2.94, *SD* = .59) โดยเฉพาะการติดตามหรือวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำ

3. หลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.13, *SD* = .59) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.11, *SD* = .60) และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.24, *SD* = .54)

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน ($t = 18.68$, $p < .05$; $t = 28.97$, $p < .05$; $t = 20.33$, $p < .05$ ตามลำดับ) (ตาราง 1)

5. หลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*M* = 4.24, *SD* = .56 และ *M* = 2.94, *SD* = .59 ตามลำดับ; $t = 25.92$, $p < .05$) (ตาราง 1)

6. หลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*M* = 118.42 mg/dL, *SD* = 14.76 และ *M* = 142.36 mg/dL, *SD* = 18.5 ตามลำดับ; $t = 12.84$, $p < .05$) (ตาราง 1)

7. ตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในระดับมากที่สุด (*M* = 4.32, *SD* = .60) โดยเฉพาะประเด็นโปรแกรมช่วยดูแลสุขภาพกายและใจขณะตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.54, *SD* = .58)

ตาราง 1 เปรียบเทียบการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 50)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p
	M	*SD*	*M*	*SD*		
การจัดการตนเอง	2.98	0.62	4.13	.57	- 18.68	< .05
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.08	0.63	4.11	.60	- 28.97	< .05
การสนับสนุนทางสังคม	3.05	.64	4.11	.54	- 20.33	< .05
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	2.94	.59	4.24	.56	- 25.92	< .05
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	142.36	18.52	118.42	14.76	- 12.84	< .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 25 - 34 ปี มีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน บ่งชี้ว่าตัวอย่างมีศักยภาพในการรับรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างดี อย่างไรก็ตาม ที่น่าสังเกต คือ ตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก่อน และร้อยละ 70 ไม่เคยมีประวัติเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าตัวอย่างยังขาดประสบการณ์และองค์ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ (GDM) จึงสะท้อนให้เห็นความจำเป็นของการมีโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่บูรณาการแนวคิดการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมเข้าด้วยกัน สอดคล้องกับ Huang et al. (2024) ที่ระบุว่าการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยที่พบว่าตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากกลไกสำคัญที่โปรแกรมนี้มีการบูรณาการ 3 แนวคิดที่กล่าวมาไว้ด้วยกัน เพราะสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม สะท้อนว่ากระบวนการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง และการเสริมแรงตนเองในโปรแกรมช่วยให้ตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Panmuang, Sutthiprapa and Phuakphan (2023) ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลตนเองทำให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่ากิจกรรมในโปรแกรมที่ออกแบบตามแนวคิดของ Bandura (1997) ทั้งการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการติดตามผล ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้ตัวอย่างสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิผล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Singtan (2022) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้รับการสนับสนุนทั้งด้าน

อารมณ์ ข้อมูล และสิ่งของจากครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จะส่งผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981, as cited in Szekér et al., 2023) ที่ระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันความเครียดและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 142.36 mg/dL เหลือ 118.42 mg/dL ซึ่งมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดดังกล่าวอาจเป็นผลโดยตรงจากการที่ตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรม โดยเฉพาะพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การฉีดอินซูลินด้วยตนเอง และการมาฝากครรภ์ตามนัด ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นพฤติกรรมที่มีหลักฐานยืนยันว่าสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิผล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Panmuang et al. (2023) ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Churos et al. (2023) ที่บ่งชี้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมที่เท่ากับ 118.42 mg/dL ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมนี้ได้อย่างชัดเจน

สำหรับความพึงพอใจต่อโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่าโปรแกรมช่วยดูแลสุขภาพกายและใจขณะตั้งครรภ์ บ่งชี้ว่าโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นได้รับการออกแบบที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม และภายใต้การออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ตามกระบวนการ PAOR มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดสรรทรัพยากรและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง รวมถึงพัฒนาสื่อประกอบโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัลหรือแพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ห่างไกล อันเป็นการเสริมศักยภาพของโปรแกรมให้สอดรับกับบริบทการดูแลสุขภาพในยุคดิจิทัล

2. ด้านการนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติ หน่วยบริการสุขภาพควรนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงไปบูรณาการในระบบการดูแลตามปกติ โดยพยาบาลและบุคลากรสุขภาพสามารถใช้โปรแกรมนี้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างการจัดการตนเองและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

3. ด้านการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรม เช่น ความเครียด พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการสนับสนุนจากระบบสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมให้มีความครอบคลุมและแม่นยำยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

American Diabetes Association Professional Practice Committee (2022). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes care, 45*(Suppl 1), S17–S38. https://doi.org/10.2337/dc22-S002

Bandura, A. (Ed.). (1997). *Self-efficacy in changing societies.* Cambridge university press.

Churos, S., Kasinang, P., & Kaeokhieo, B. (2023). Pregnancy with gestational diabetes mellitus: Contributing factors and barriers to self-care. *Singburi Hospital Journal*. *32*(2), A1-A16.

Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). Academic Press.

Ferrara, A. (2020). Translating research on diabetes and obesity in pregnancy into prevention: The 2019 Norbert Freinkel Award Lecture. *Diabetes Care*, 43(11), 2653-2642. https://doi.org/10.2337/dci19-0040

Gitlin, E. S., Demetres, M., Vaidyanathan, A., Palmer, N., Lee, H., Loureiro, S., Radwan, E., Tuschman, A., Mathad, J., & Chebrolu, P. (2024). The prevalence of gestational diabetes among underweight and normal weight women worldwide: A scoping review. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare, 5*, 1415069. https://doi.org/10.3389/fcdhc.2024.1415069

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), *Helping people change: A text book of method*s (4th ed.). New York, NY: Pergamonpress.

Huang, Y., Li, S., Lu, X., Chen, W., & Zhang, Y. (2024). The effect of self-management on patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare, 12*(21), 2151. https://doi.org/10.3390/healthcare12212151

International Diabetes Federation (IDF). (2024). *IDF Diabetes Atlas* (11th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

McIntyre, H. D., Fuglsang, J., Kampmann, U., Knorr, S., & Ovesen, P. (2022). Hyperglycemia in pregnancy and women's health in the 21st century. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(24), 16827. https://doi.org/10.3390/ijerph192416827

Medical Service Department, Bangkok Metropolitan. (2025). *Number of pregnant women diagnosed with gestational diabetes*.

Netimetee, S., & Boobpamala, S. (2022). nursing care for pregnant women with gestational diabetes mellitus during pregnancy. *Journal of Health and Nursing Education, 28*(1), e256658.

Panmuang, S., Sutthiprapa, A., & Phuakphan, W. (2023). The development of self-care program for pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, *9*(1), 130-144.

Polit, D., & Beck, C. (2020). Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins.

Singtan, J. (2022). *Factors predicting diabetes prevention behaviors among postpartum women with gestational diabetes mellitus* (Master of nursing science program). Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi.

Szekér, L., Gaudiino, M., Van den Broeck, A., Lenaerts, K., Vandekerckhove, S., Vanmarcke, S., . . . Riso, S. (2023). Psychosocial risks to workers' well-being: Lessons from the COVID-19 pandemic. Psychosocial risks to workers' well-being: Lessons from the COVID-19 pandemic, 1-90. Retrieved from https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/search?query=any,contains,LIRIAS4123375&tab=LIRIAS&search_scope=lirias_profile&vid=32KUL_KUL:Lirias&offset=0

World Health Organization (WHO). (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO.