

การพัฒนาารูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา

Development of a Lifestyle-Coaching Model to Prevent Complication among
Muslim Older Adults with Type 2 Diabetes in Yala Province

สุรีพร ศิริยะพันธุ์^{1*}, ประภาเพ็ญ สุวรรณ²
Sureeporn Siriyapan^{1*}, Prapapen Suwan²
¹โรงพยาบาลยะลา, ²มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
¹Yala Hospital, ²Western University

(Received: June 27, 2025; Revised: November 5, 2025; Accepted: November 7, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา ดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ ใช้วิธีเชิงปริมาณจากโรคเบาหวานสูงอายุมุสลิม จำนวน 250 คน และวิธีเชิงคุณภาพ โดยการใช้นักสหกิจผู้สูงอายุมุสลิม 35 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิม โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) พัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบตามแนวคิดการโค้ชวิถีชีวิต ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน 3) ศึกษาประสิทธิผลจากรูปแบบฯ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุมุสลิม จำนวน 35 คน โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 อยู่ในระดับพอใช้ โดยพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ดีมากที่สุดคือ การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 75.20) รองลงมาคือรับประทานยา (ร้อยละ 40.40) ข้อมูลด้านคุณภาพ พบว่า รูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต ในผู้สูงอายุมุสลิมเป็นรูปแบบใหม่ ผู้ให้บริการโค้ชต้องมีทักษะการโค้ช และยังไม่พบศึกษาในจัดบริการโค้ชในของผู้สูงอายุมุสลิม

2. รูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต (Lifestyle Coaching Model: LC Model) มุ่งเน้น 3 องค์ประกอบที่เรียกว่า HBC ได้แก่ H: Health Service (ระบบบริการสุขภาพ) B: Behavior Changer Coach (ผู้รับบริการโค้ชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) C: Communication (แรงจูงใจ) ขับเคลื่อนทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตร

3. หลังใช้รูปแบบฯ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคเบาหวานชนิด 2 และสภาวะสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะแทรกซ้อนของโรคลดลง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุมุสลิมต่อกิจกรรมการโค้ชอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.20

ดังนั้นรูปแบบที่ใช้มีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และมีสุขภาพที่ดีขึ้น รองรับการลดและป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ควรขยายผลไปยังหน่วยส่งเสริมสุขภาพในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุมุสลิม การโค้ชวิถีชีวิต โรคเบาหวานชนิด 2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Surepornywd@gmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to investigate the situation, develop a lifestyle-coaching model, and examine its effectiveness for preventing complications among older adults from Muslim communities with type 2 diabetes. Study was divided in three phases. First one was a situation analysis, including a quantitative study among 250 older adults with type 2 diabetes, as well as a qualitative study, using focus group discussions with 35 participants, including 15 older adults with type 2 diabetes, 10 caregivers, and 10 healthcare providers. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis. The second phase consisted in the development of a lifestyle-coaching model, based on the concept of lifestyle coaching and validated by five experts. Third phase was dedicated to the model implementation and evaluation. The effectiveness of the model was tested using a one-group pretest–posttest quasi-experimental design with 35 older adults, determined through G*Power analysis. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results showed as follows.

1. The self-care behavior of Thai older adults from Muslim cultural background with type 2 diabetes was at a moderate level. The highest-performing behavior was dietary management (75.20%), followed by medication adherence (40.40%). Qualitative data indicated that lifestyle coaching is a new approach that requires coaching skills, and no prior studies were found on providing coaching services for this population.

2. The developed lifestyle-coaching model emphasized three dynamic components (HBC) that interact continuously and dynamically to promote sustainable behavioral change including health service system (H), behavior changer coaching (B), and communication (C).

3. After implementation, participants showed significantly higher mean scores in self-care behaviors and overall health status compared to before the intervention (p -value < .05). The incidence of diabetes-related complications decreased, and satisfaction with the coaching activities was at the highest level.

This study suggest that the developed model is effective in improving health behaviors and enhancing well-being. It supports the Ministry of Public Health’s strategic plan for reducing and preventing the severity of non-communicable diseases. Therefore model can be expanded to health promotion units across all health regions.

Keywords: Older Adults Thai Muslim, Lifestyle-coaching, Type 2 Diabetes, Diabetes Complication Prevention, Health Behavior Modification

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่รุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคนในปี ค.ศ. 1980 เป็น 422 ล้านคนในปี ค.ศ. 2014 และในช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2019 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3 ต่อปี ทั้งนี้ ในปี ค.ศ. 2019 มีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคเบาหวานและโรคร่วมประมาณ 2 ล้านคน อีกทั้งคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2040

ขณะที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึงร้อยละ 74 (กรมควบคุมโรค, 2562) สำหรับประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโรคเบาหวาน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas 2025 ฉบับที่ 11 ของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ระบุว่า ปี 2024 ประเทศไทยมีผู้ใหญ่ (อายุ 20 – 79 ปี) เป็นโรคเบาหวานประมาณ 6,360,800 คน (10.20% ของผู้ใหญ่ทั้งหมด) สะท้อนให้เห็นถึงภาระทางสุขภาพที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุด มีสาเหตุจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ร่วมกับการผลิตอินซูลินที่ไม่เพียงพอ (Relative Insulin Deficiency) มักเกิดในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ดัชนีมวลกาย > 23 กก./ตร.ม. สำหรับคนเอเชีย) ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย หรือมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของ พื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางศาสนา วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของประชากรมุสลิม พบว่าผู้สูงอายุมีรูปแบบการดูแลตนเองที่ผสมผสานระหว่างหลักศาสนาอิสลามกับความเชื่อส่วนบุคคล ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ จำเป็นต้องคำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรมและศาสนา เพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุด

แนวทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน คือ แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตใน 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม (James, 2019) การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในทางปฏิบัติมักใช้ กระบวนการโค้ช (Lifestyle Coaching) เพื่อกระตุ้นให้บุคคลค้นหาศักยภาพของตน ตั้งเป้าหมาย และสร้างแรงจูงใจภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เกรียงศักดิ์ นิรัตพัฒนาศัย, 2566; James, 2019) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้กระบวนการโค้ชวิถีชีวิตตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต จึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญและเหมาะสมต่อบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาว

ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2567) ซึ่งในบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีประชากรมุสลิมเป็นส่วนใหญ่ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับหลักศาสนาอิสลาม ความศรัทธา และการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การถือศีลอดและการรับประทานอาหารตามหลักศาสนา ซึ่งอาจมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการจัดการโรคเบาหวาน ดังนั้น ผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีรูปแบบการดูแลตนเอง ผสมผสานตามความเชื่อและศรัทธาเฉพาะตน การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 ในพื้นที่จังหวัดยะลา จึงควรมีรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต ทั้งในระดับรายบุคคล และรายกลุ่ม เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแรงจูงใจภายในและการเสริมจุดแข็ง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาได้ดำเนินการในบริบททั่วไปของสังคมไทย โดยยังไม่ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุมุสลิมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีความเชื่อ ศรัทธา และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น (สันต์ ใจยอดศิลป์, พิจิกา วัชรภักขิต, 2566; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2564; Huang, Chang, Chen, Yang, 2021; James, 2019) การศึกษาแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) และการโค้ชวิถีชีวิต (Lifestyle Coaching) มีใช้มากขึ้นในต่างประเทศ เมื่อศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตในงานวิจัยประเทศไทย ยังไม่พบรูปแบบที่ใช้การโค้ชวิถีชีวิตในบริบทประเทศไทย รวมถึงบริบทเฉพาะของจังหวัดยะลา งานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการจัดรูปแบบการให้ความรู้แบบผสมผสาน หรือการศึกษาในการจัดการกิจกรรมสุขภาพ อันเป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบเดิม ซึ่งศึกษาพบว่าไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (Association for Coaching, 2003) การศึกษานี้จึงน่าจะเป็นต้นแบบของการโค้ชวิถีชีวิต สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิม

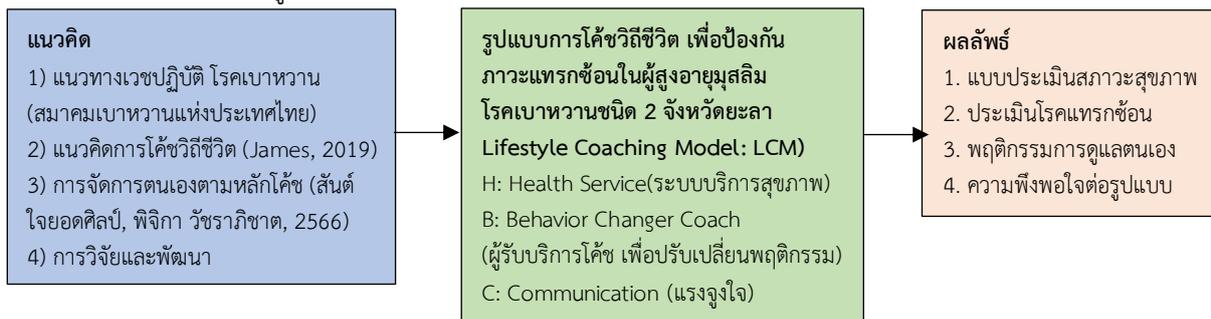
โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 มีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นแบบอย่างสำหรับการดูแลสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมที่โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิด ได้แก่ 1) แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566 2) แนวคิดการโค้ชวิถีชีวิตตามหลักวิทยาศาสตร์วิถีชีวิต (James, 2019) และ 3) การจัดการตนเองตามหลักโค้ช (สันต์ ใจยอดศิลป์, พิจิกา วัชราริชาติ, 2566) โดยดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การวินิจฉัยสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการโค้ชวิถีชีวิต 2) การพัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้และประเมินรูปแบบ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมที่โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา การศึกษาสถานการณ์ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2568 ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร วิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) รายงานงานภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 จากฐานข้อมูลเทศบาลเมืองสะเตงนอก ในปี 2564 - 2566 (เทศบาลเมืองสะเตงนอก, 2568)

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือประชาชนที่อยู่ในจังหวัดยะลาเป็นโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2567) ซึ่งแยกตามอำเภอเป็น 8 อำเภอ ในจังหวัดยะลา จำนวน 18,371 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อยู่ในจังหวัดยะลา เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวาน ชนิด 2 จังหวัดยะลา กำหนดขนาดขนาดตัวอย่างจากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการคลาดเคลื่อนที่ 0.04 ตามสูตร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 250 คน การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอน โดยสุ่มอำเภอได้อำเภอเมืองยะลา สุ่มตำบลได้ตำบลสะเตงนอกและสุ่มหมู่บ้าน จาก 13 หมู่บ้าน คัดเลือกมา 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านเบอร์เลี้ยง หมู่ที่ 5 บ้านบาโงบบาแด หมู่ 6 บ้านพงบุโละ หมู่ 7 บ้านนิบงบารู หมู่ที่ 10 บ้านตือเบาะ และสุ่มหลังคาเรือน ทั้งหมด 50 หลังคาเรือนค่อหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคเบาหวาน จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 18 ข้อ ดังนี้ ตอนที่ 1 การดูแลตนเองด้านอาหาร จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 2 การดูแลตนเองด้านการใช้ยา จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 3 การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 4 การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับ 3 ระดับ เป็นคะแนนจาก 1 - 3 คะแนน หมายถึง 1 คือ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย จนถึง 3 คือ การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน แปลผลคะแนนโดยใช้ เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 3 ระดับ คือ 2.51 – 3.00 ระดับการดูแลตนเองดี (ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ) 1.51 – 2.50 ระดับการดูแลตนเองปานกลาง (ปฏิบัติบางครั้ง) และ 1.00 – 1.50 ระดับการดูแลตนเองน้อย (ไม่เคยปฏิบัติ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ NCDs 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองสะเตงนอก เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแก่ผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามแล้วจึงเก็บกลับ นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่าได้รับแบบสอบถามคืนมาจำนวน 250 ชุด ผู้วิจัยใช้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 15 คน โดยผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามและขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งทดสอบการเก็บข้อมูลกับผู้วิจัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออก หรือมีปัญหาเรื่องการได้ยิน เมื่อส่งข้อมูลแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูล และความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมดูแลตนเอง โรคเบาหวาน โดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละ

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน รวมจำนวน 35 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ซึ่งแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความคิดเห็นต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาการจัดบริการสุขภาพเพื่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ความคิดเห็นในการโค้ช ซึ่งแนะสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ความต้องการต่อการจัดรูปแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำเร็จแก่ผู้สูงอายุ

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดบันทึก สำหรับจดบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนประกอบด้วยได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ NCDs 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 - 1.00 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขคำถามการสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ระหว่างเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน 2568 โดยสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ 1) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา จำนวน 15 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน 3) เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คนรวมทั้งหมดจำนวน 35 คน มีแนวคำถาม 3 ข้อได้แก่ ความคิดเห็น ปัญหาการดูแลตนเองและประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น และมีผู้จดบันทึก 1 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 - 2.00 ชม. หากมีบางประเด็นที่น่าสนใจจะมีการสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่อเจาะลึกประเด็นสำคัญเชิงลึก ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) การเก็บข้อมูลดำเนินไปจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา พัฒนารูปแบบระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2568 มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นด้วยตนเอง ตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลประเทศไทย คือ Thaijo, ThaiLIS, และ Google Scholar โดยใช้คำสืบค้น คือ โค้ชวิถีชีวิต เวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิด 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากฐานข้อมูลต่างประเทศคือ PubMed, The Coherence Library, Scopus คำสืบค้น Lifestyle Coach, Muslim, Elderly, Type 2 Diabetes Mellitus, Behavior Change จำนวน 32 เรื่อง เป็นผลงานในประเทศ 8 เรื่อง และผลงานในต่างประเทศ 24 เรื่อง

2. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อร่างเป็นรูปแบบฯ

3. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ NCDs 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 คน มีข้อเสนอแนะในประเด็น รูปแบบต้องมีประเด็นการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการโค้ช (Coachee) ว่าผู้รับบริการโค้ชมีแรงจูงใจและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และควรพิจารณาบริบทความเชื่อ วัฒนธรรม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการโค้ช ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาเพิ่มในปัจจัยที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ให้บริการโค้ชต้องวิเคราะห์ คือ ประเด็นบริบทส่วนบุคคล และการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

4. นำรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผลการประเมินพบว่า รูปแบบที่ยกมาขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 100

5. นำรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา เป็นการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ตำบลสะเตงนอก จำนวน 2,200 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิด 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อน จากโรคเบาหวาน 3) ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดยะลา และ 4) ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสาร/ การรับฟังที่ดี และยินดีเข้าร่วมในการปรับพฤติกรรม ในการดูแลตนเองโรคเบาหวานชนิด 2 เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุเกิดอาการกำเริบของโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง จนไม่สามารถที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อน จำนวน 35 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size Calculation) โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Dependent Means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.9 ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 คน (Cohen, 1977) กลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง 1 ราย คงเหลือ 35 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา ใช้ Lifestyle Changing Model ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างจากขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดัดแปลงจากการศึกษาของ นุชชญากร คณาภรณ์ทิพย์ (2561) เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 18 ข้อ ดังนี้ ตอนที่ 1 การดูแลตนเองด้านอาหาร จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 2 การดูแลตนเองด้านการใช้ยา จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 3 การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 4 การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อคำตอบเป็นแบบให้เลือก 3 ระดับ เป็นคะแนนจาก 1 - 3 คะแนน หมายถึง 1 คือ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย จนถึง 3 คือ การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

2.2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ความยาวเส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX)

2.3 แบบประเมินประวัติจากการเกิดอาการผิดปกติที่เตือนของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนิวรรณ ชวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวนตันติภม (2022) เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิด 2 ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยใช้เครื่องมือชุดนี้เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังทดลอง คำถามมีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นแบบให้เลือก 2 ระดับ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่”

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมการโค้ชวิถีชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลาม (สุนันทา กาญจนพงศ์, 2566) จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ จาก 1 หมายถึงความพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึงความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ NCDs 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน โดยไม่ซ้อนทับกับกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินพฤติกรรมเท่ากับ .84 และแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ .87 ส่วนแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนได้ค่า KR-20 เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลาวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินสภาวะสุขภาพ และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อน (Pretest)

ขั้นทดลอง (ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2568)

ตาราง 1 ขั้นตอนและกิจกรรมของโปรแกรมการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ประเมินผล
กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-2) การโค้ชรายกลุ่ม 1. สร้างความตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. สร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม	1. อธิบายความรู้เรื่อง เวชศาสตร์วิถีชีวิต 2. แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มเขียนแรงจูงใจเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน 3. แต่ละกลุ่มสรุปกิจกรรม และนำเสนอกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5 นาที (20 นาที)	- ความรู้ความเข้าใจเรื่องเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ประเมินจากความรู้อยู่ - ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
กิจกรรมที่ 2: (สัปดาห์ที่ 3) การโค้ชรายเดี่ยว 1. ออกแบบการสนทนา ความถี่และช่วงเวลาให้บริการ ให้เหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุ 2. ประเมินจุดแข็ง และตัวตนของผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย	1. กำหนดข้อตกลงการโค้ช จำนวน 2 - 3 ครั้ง และรูปแบบคือ การพบปะส่วนตัว 2. กำหนดประเด็นที่ต้องการโค้ช 3. ระยะเวลาที่จะพบปะแต่ละครั้ง 4. การประเมิน ผู้รับบริการการโค้ช ได้แก่ จุดแข็งของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ 5. ประเมินตัวตนของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) ความเชื่อ (Belief) (2) วัฒนธรรม (Culture) (3) คำสอนทางศาสนาเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (Religion) 6. ตกลงร่วมกันถึงพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยนและกำหนดนัดหมายครั้งหน้า	- ได้รูปแบบการโค้ช อันเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช - ทั้งเวลานัดหมาย และพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ประเมินผล
กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4-8) กิจกรรม: การติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผ่านการสื่อสาร และติดตามทาง Application Line Group การสนทนาเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ตามหลักเวชศาสตร์วิถี ชีวิต	1. ทบทวนประเด็นการโค้ชครั้งที่แล้ว 2) ประเมินแรงจูงใจในครั้งนี้และผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา 3) สนทนาเพื่อปลูกแรงบันดาลใจ 4) วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบ SMART Goals ได้แก่ S – Specific (เฉพาะเจาะจง), M – Measurable (วัดได้), A – Achievable (ทำได้จริง), R – Relevant (สอดคล้อง), T – Time-bound (มีระยะเวลา) 5) นัดคุยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/Line และการสนทนาในกลุ่ม	- ผู้สูงอายุ ตระหนักความสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานชนิด 2 - ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ผู้สูงอายูวางแผน SMART Goal
กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 9) กิจกรรม: ประเมินผลกิจกรรม สรุปปัญหา/ การดำเนินงาน สรุปปัญหา และประเมินผลลัพธ์	- ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบ SMART Goal พร้อมทั้งปัญหาและ อุปสรรค - ประเมินผลภาวะสุขภาพ และทำแบบประเมิน พฤติกรรมวิถีชีวิต	- ประเมินสภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรม - ประเมินตามแบบสอบถาม สิ้นสุดโปรแกรม

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินสภาวะสุขภาพ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน (Post test) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการโค้ชวิถีชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติ (Shapiro-wilk, Sig = .245)
3. วิเคราะห์ความพึงพอใจและภาวะแทรกซ้อนโดยใช้ความถี่ร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ลงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ WTU 2567-0106 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ลงวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2567 เลขที่ 34/2567

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการการโค้ชวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม โรคเบาหวานชนิด 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมดูแลตนเองโรคเบาหวานของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รายด้านและภาพรวม (n = 250)

พฤติกรรมดูแลตนเอง	พฤติกรรมดูแลตนเอง n(ร้อยละ)			M	SD
	ปรับปรุง	พอใช้	ดี		
ด้านการรับประทานอาหาร	2(0.80)	188 (75.20)	60 (24.00)	2.24	0.42
ด้านการรับประทานยา	0	101(40.40)	149 (59.60)	2.59	.0.49
ด้านการออกกำลังกาย	10(4.00)	74 (29.60)	166 (66.40)	2.62	0.56
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	0	96 (38.40)	154(61.60)	2.27	.0.48
พฤติกรรมโดยรวม	0	138 (55.20)	112 (44.80)	2.55	.0.49

จากตาราง 2 พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 55.20) โดยด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 75.20) ขณะที่ด้านการรับประทานยา มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ดี (ร้อยละ 59.60) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการใช้ยา อย่างถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างไรก็ตาม ด้านการรับประทานอาหารยังอยู่ในระดับพอใช้ จึงเป็นประเด็น สำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริม เนื่องจากเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสะท้อนถึง พฤติกรรมการบริโภคที่ยังคงต้องปรับปรุงในกลุ่มผู้สูงอายุ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า 1) ทักษะคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การปรับพฤติกรรมเป็น เรื่องยาก และขาดแรงจูงใจ 2) สิ่งสนับสนุนให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพสำเร็จ สำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการให้ ความสำคัญของทีมสนับสนุน เช่น ครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อนของผู้สูงอายุ และควรมีการประเมินบริบทความเชื่อ ทักษะคติ คำสอนทางศาสนา ขณะที่บางรายยังอยู่ในบริบทสังคมที่มีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น หวาน มัน เค็ม เป็นวัฒนธรรมอาหารประจำท้องถิ่น 3) รูปแบบที่ต้องการคือ การโค้ช ชี้แนะสุขภาพ มากกว่าตำหนิ หรือสอน เป็นการสื่อสารแบบให้กำลังใจ ยืดหยุ่น และเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีบริบทและข้อจำกัด ที่แตกต่างกัน ดังคำพูดที่ว่า

“การปรับพฤติกรรมและหันมาดูแลตนเองสำหรับตัวเองคิดว่ายากเพราะเราเคยชินกับสิ่งนี้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“เราอยู่กับลูกชายและสะใภ้ เกรงใจลูกสะใภ้ เค้าเป็นคนทำอาหาร ทำให้ทุกคนกิน ก็เลยเกรงใจ จะให้เค้า ทำอาหารให้เรากิน มีอะไรกินก็กินได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“จากประสบการณ์ที่ผ่านมา กิจกรรมที่ทำกับผู้สูงอายุหากมีครอบครัวสนับสนุน โอกาสสำเร็จสูง” ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 12

2. รูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา



ภาพ 2 รูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา

จากภาพรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัด ยะลา (Lifestyle Coaching Model: LC Model) มุ่งเน้น 3 องค์ประกอบที่เรียกว่า HBC ได้แก่ H: Health Service (ระบบบริการสุขภาพ) B: Behavior Changer Coach (ผู้รับบริการโค้ช เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) C: Communication (แรงจูงใจ) ขับเคลื่อนทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตร ดังนี้ 1) ระบบบริการสุขภาพ (Health Service) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1.1 ทีมสุขภาพ (Health Team): บุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข ควรมีบทบาท (1) เป็นต้นแบบที่ดี (Role Model) (2) เป็นผู้นำองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

(Health Knowledge) (3) ทักษะการโค้ช (Skill) 1.2 บริบทพื้นที่ (Social Context) ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่โค้ชต้องเรียนรู้จากผู้รับบริการโค้ชประกอบด้วย (1) ความเชื่อ (Belief) (2) วัฒนธรรม (Culture) (3) คำสอนทางศาสนาเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (Religion) 2. ผู้รับบริการโค้ช เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Changer) ได้แก่ 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้ (1) SMART Goals: การกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง วัดผลได้ ปฏิบัติได้จริง และชัดเจน (2) Believe: ความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถทำได้ (3) Motivation: แรงจูงใจ เช่น ต้องการลดความอ้วนเพื่อสุขภาพของตนเอง เพื่อลูกและครอบครัว 2.2 Team Support ได้แก่ (1) Health Team (2) Partner (3) Family 3. การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ (Communication) ประกอบด้วย 3.1 การสื่อสารระหว่างบุคคล (Face-to-face) และ 3.2 การใช้เทคโนโลยี (Application Line) ซึ่งการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ (1) การชี้แนะ (Coach) (2) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview) (3) ยืดหยุ่น (Flexibility) และ (4) การสื่อสารอย่างมีเป้าหมาย (Smart Goal) ซึ่งกระบวนการทุกอย่างต้องขับเคลื่อนเป็นพลวัตร

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและ สภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมดูแลตนเอง						
การรับประทานอาหาร	2.43	0.50	2.77	0.42	-4.212	<.001
การรับประทานยา	2.51	0.50	2.74	0.44	-2.758	.009
การออกกำลังกาย	2.60	0.55	2.83	0.38	-3.174	.003
สุขวิทยาส่วนบุคคล	2.54	0.50	2.86	0.35	-3.948	<.001
สภาวะสุขภาพ						
ดัชนีมวลกาย	24.2	3.10	22.60	2.24	3.16	<.001
เส้นรอบเอว	89.2	6.50	76.00	6.60	11.04	<.001
ระดับความดันโลหิต	131/85	12.2/8.1	126/85	9.60/3.10	2.49	.006
ระดับน้ำตาลในเลือด	109.5	13.20	101	12.10	3.67	<.001

ตาราง 4 จำนวน อาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิด 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ชาปลายมือปลายเท้า	4	0
ปวดน่อง	1	0
ปัสสาวะเป็นฟองผิดปกติ	1	1
ชาขาม	1	0

ตาราง 5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุมุสลิมต่อกิจกรรมการโค้ชวิถีชีวิต หลังการใช้รูปแบบฯ

กิจกรรม	ความพึงพอใจ จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษา	24(68.57)	10(28.57)	1(2.86)	0.00	0.00
2. สัมพันธภาพของผู้ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	16(45.72)	19(54.28)	0.00	0.00	0.00
3. ความรู้ความสามารถของผู้ให้ปรึกษา	15(42.86)	20(57.14)	0.00	0.00	0.00

กิจกรรม	ความพึงพอใจ จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ	19(54.28)	11(31.43)	5(14.29)	0.00	0.00
5. การติดตามและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	20(57.15)	13(37.14)	2(5.71)	0.00	0.00
6. ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมพูดคุยแสดงความคิดเห็น	23(65.72)	10(28.57)	2(5.71)	0.00	0.00
7. ความรู้ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน	26(74.29)	9(25.71)	0.00	0.00	0.00
8. ผู้ให้คำปรึกษาและการชี้แนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	26(74.29)	6(17.14)	3(8.57)	0.00	0.00
9. การจัดรูปแบบกิจกรรม และกิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	32(91.43)	1(2.86)	2(5.71)	0.00	0.00
10. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	23(65.71)	12(34.29)	0.00	0.00	0.00
ความพึงพอใจภาพรวมต่อกิจกรรมให้คำปรึกษา	15(42.86)	18(51.43)	2(5.71)	0.00	0.00

จากตาราง 3 พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคะแนนสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสมุสลิโรคเบาหวานชนิด 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 3) โดยพบอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิด 2 ลดลง (ตาราง 4) และความพึงพอใจของผู้สูงอายุสมุสลิต่อกิจกรรมการโค้ชชีวิต หลังการใช้รูปแบบฯ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.20 ($M = 4.64, SD = 0.52$) (ตาราง 5)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ ปัญหา การโค้ชชีวิต พบว่า สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 55.20) โดยด้านการรับประทานอาหาร มีผู้ที่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 75.20) รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา (ร้อยละ 40.40) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 9.60) ตามลำดับ และข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ (1) ทศนคติของผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (2) ความจำเป็นที่ต้องมีทีมสนับสนุนเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และ (3) ความต้องการรูปแบบการโค้ชสุขภาพที่เน้นการให้คำแนะนำและกำลังใจ มากกว่าการตำหนิหรือสั่งสอน ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุยังได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่มีความหลากหลายทางศาสนาและความเชื่อ ดังการศึกษาของ สรินญา ปุติ (2561) ซึ่งเห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง และอุปสรรคในการป้องกันโรค รวมทั้งปัจจัยทางศาสนา ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง และการไม่ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาเพียงพอ นอกจากนี้ บริบททางศาสนาอิสลามมีความเชื่อที่ส่งผลต่อรูปแบบกิจกรรมทางสุขภาพ เช่น การใช้เพลงประกอบกรออกกำลังกายต้องอยู่ในขอบเขตที่ศาสนากำหนด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรพิจารณาในการพัฒนารูปแบบการโค้ชชีวิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานในบริบทพื้นที่เฉพาะ

2. รูปแบบการโค้ชชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุสมุสลิโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา รูปแบบนี้เป็นโค้ชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Coaching Model: LC model) ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การโค้ชรายกลุ่ม 2) การโค้ชรายเดี่ยว และ 3) การโค้ชทางไกล โดยมุ่งเน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามเป้าหมาย และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Ahmann, Saviet, Conboy, Smith, Lachini, DeMartin (2023) เรื่อง Health and Wellness Coaching and Sustained Gains: A Rapid Systematic Review ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า บทบาทของการโค้ชสุขภาพในการเสริมพลัง (Empowerment) และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะสั้นสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน อันเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว ดังนั้น การโค้ชชีวิตจึงมี

ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เกิดความยั่งยืน นอกจากนี้พบว่า ปัจจุบัน มีระบบติดตามผู้ป่วยทางไกล (Remote Patient Monitoring) ที่นำการใช้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และอาจช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังการศึกษาของ จูไรรัตน์ สกลจิน (2568) เรื่องผลการรักษาแบบการแพทย์ทางไกลผ่านการวิดีโอคอลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทยมุสลิม อ.ยี่งอ จ.นราธิวาส ระหว่างกลุ่มที่รักษาแบบการแพทย์ทางไกล และกลุ่มที่รักษาด้วยการพบแพทย์ พบว่าหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการพบแพทย์ ทั้งคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองภาพรวมและรายด้านมากกว่ากลุ่มที่รักษาแบบการแพทย์ทางไกล เช่นเดียวกับระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่รักษาด้วยการพบแพทย์ น้อยกว่ากลุ่มที่รักษาแบบการแพทย์ทางไกล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001

ดังนั้น รูปแบบการโค้ชชีวิตที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินภาวะแทรกซ้อน การตรวจวัดความดันโลหิต รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) กิจกรรมที่ 2 การโค้ชรายตัว เพื่อแนะนำการดูแลตนเอง และช่วยผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองตามหลัก SMART Goals ที่เป็นเป้าหมายส่วนบุคคลและปฏิบัติได้จริง โค้ชยังช่วยค้นหาจุดแข็งของผู้สูงอายุ และระบุตัวทีมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนได้สำเร็จ กิจกรรมที่ 3 การโค้ชทางไกล โดยติดตามพฤติกรรมผ่าน Application Line Group ซึ่งโค้ชจะทำหน้าที่ให้คำแนะนำให้กำลังใจ และเป็นแบบอย่างในการปรับพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อีกทั้ง Line Group ยังเป็นช่องทางให้ผู้สูงอายุสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวานได้อย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวม กระบวนการโค้ชที่ออกแบบในรูปแบบนี้เป็นไปตามมาตรฐานช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริงและยั่งยืน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามเป้าหมายการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จุดเด่นของ LCM คือ รูปแบบนี้ช่วยให้โค้ชสามารถดำเนินการโค้ชผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งเรียนรู้และเข้าใจประเด็นต่าง ๆ ของวิถีชีวิต (Lifestyle) ที่สามารถนำไปปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันได้จริง นอกจากนี้ มีระบบติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางไกล เพื่อสังเกตพฤติกรรม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ช่วยให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้จริงและยั่งยืน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการโค้ชชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุมุสลิม โรคเบาหวานชนิด 2 เพิ่มขึ้น และคะแนนสภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ชนิด 2 ลดลง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุมุสลิมต่อกิจกรรมการโค้ชชีวิต หลังการใช้รูปแบบฯ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.20 ($M = 4.64, SD = 0.52$) การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมวิถีชีวิตในกลุ่มทดลองนี้ น่าจะเป็นผลมาจาก กิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับวิถีชีวิต (Lifestyle) และสามารถนำไปปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันได้จริง อีกทั้งยังมีระบบการติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางไกล เพื่อสังเกตพฤติกรรมให้คำแนะนำเพิ่มเติม และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การสร้างกลุ่มไลน์สำหรับสื่อสารระหว่างคณะผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ เป็นช่องทางการสื่อสารที่สำคัญ

แม้ผลการวิจัยจะพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองดีขึ้นหลังการทดลอง แต่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับสภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ผลการตรวจสุขภาพพบว่าสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองดีขึ้นทุกด้าน ซึ่งเป็นผลมาจากการโค้ชชีวิต ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันทีละเล็กทีละน้อย ทำอย่างมีวินัยและสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่รู้สึกกดดันหรือเครียด แต่กลับมีกำลังใจและเพื่อนร่วมปรับพฤติกรรม ผู้วิจัยออกแบบกระบวนการให้เกิดความท้าทายมากกว่าการกดดันหรือสร้างความกลัว ผ่านการตั้งเป้าหมายแบบ SMART Goals ซึ่งเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง วัดผลได้ ทำได้จริง ดังการศึกษาของ Hyman, Ornish, and Roizen (2009) ที่ศึกษาประชาชนทั่วไปจำนวน

23,000 คน พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เรียบง่ายและสม่ำเสมอ เช่น การไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างน้อย 3.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (ผลไม้ ผัก ถั่ว ธัญพืชไม่ขัดสี และเนื้อสัตว์ในปริมาณจำกัด) และการรักษาดัชนีมวลกาย (BMI) ให้น้อยกว่า 30 สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ถึง ร้อยละ 93 โรคหัวใจวาย ร้อยละ 81 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 50 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 36 ของกลุ่มตัวอย่าง ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

ในงานวิจัยนี้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชวิถีชีวิตจึงมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินพบว่า “ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน” มีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่น้อยที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคเป็นผลสะสมจากพฤติกรรมสุขภาพและความเสื่อมของร่างกายในระยะยาว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงเวลาสั้นอาจยังไม่ก่อให้เกิดผลชัดเจนในทุกมิติ แม้กระนั้น ผลการติดตามยังแสดงแนวโน้มที่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใหม่ เช่น อาการปลายเท้าชา หรืออาการปวดน่อง หลังสิ้นสุดการทดลอง จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านกระบวนการโค้ชวิถีชีวิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดการวิจัยนี้คือ ดำเนินการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดยะลา ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่เป็นสตรี ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ขาดความสมดุลด้านเพศ และมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่น้อยที่สุด ซึ่งการปรับพฤติกรรม ต้องใช้เวลานานขึ้น แม้จะมีการศึกษานี้ที่ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในการโค้ชผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 และพบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน (Tan, Cheng, Hwang, Zhang, Holroyd, Wang, 2020) แต่การลดภาวะแทรกซ้อนหรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ระดับ HbA1c หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานกว่า 8 สัปดาห์ ดังนั้น ระยะเวลา 8 สัปดาห์ของการศึกษานี้อาจยังไม่เพียงพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงภาวะแทรกซ้อนอย่างชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตในชมรมผู้สูงอายุและชุมชนมุสลิมในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยเน้นกิจกรรมโค้ชที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อทางศาสนา
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและอบรมแกนนำสุขภาพ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเพิ่มทักษะด้านการโค้ชเชิงวิถีชีวิต สามารถถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นแรงจูงใจ และการใช้เทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนการสื่อสารและติดตาม
3. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้มาตรการและกิจกรรมต่าง ๆ คำนี้ถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความสมดุลด้านเพศและหลากหลายด้านระดับการศึกษา เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย
2. ควรติดตามและประเมินผลในระยะยาว เช่น 6 เดือนถึง 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับ Hb1Ac ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
3. ควรพัฒนาและทดสอบรูปแบบโค้ชวิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบในบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. สำนักพิมพ์ อักษรดีไซท์. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2567). รายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2565. กลุ่มข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2567 จาก <https://n9.cl/e18o8>
- เกรียงศักดิ์ นิธิพัฒน์. (2566). พัฒนาทักษะการโค้ชผู้บริหารแบบมืออาชีพ. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- จุไรรัตน์ สุกุลจัน. (2568). ผลการรักษาแบบการแพทย์ทางไกลผ่านการวิดีโอคอลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทยมุสลิม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(2), 1-14.
- ณัฐภัตสร เต็มขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ และชาญวัฒน์ ขวอนตันติกมล. (2022). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารการพยาบาล*, 24(1), 1-24.
- นุชชญากร คณาภรณ์ทิพย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. *วารสารสถาบันบาราศนราดรุร*, 12(2), 60-69.
- เทศบาลเมืองสะเตงนอก. (2025). รายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2567 จาก <https://www.satengnok.go.th/report/2025-public-health-summary>
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2564). การฝึกส่วนตัวเพื่อวิถีชีวิตสุขภาพ: สิ่งท้าทายของสังคมไทย: (*Health Lifestyle Coaching: A Challenge of Thai Sociaey*). ใน เอกสารวิชาการนำเสนอในประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 19 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. (105-117).
- สรินญา บุติ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนห้าจังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 6(4), 114-127.
- สันต์ ใจยอดศิลป์ และพิจิกา วัชรภิชิต. (2566). *คัมภีร์สุขภาพดี สุขภาพดีได้ง่ายๆ ด้วยตนเอง*. กรีนไลฟ์พรีนติ้งเฮ้าส์ จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2567). รายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ประจำเดือน พฤษภาคม. *Health Data Center (HDC)*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2568 จาก <https://hdc.moph.go.th/yla/public/standard-report-etail/150edaa99ecbe538378b8150e0776763>
- สุนันทา กาญจนพงศ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(เพิ่มเติม1), 86 - 101.
- Ahmann, E., Saviet, M., Conboy, L., Smith, K., Iachini, B., & DeMartin, R. (2023). Health and wellness coaching and sustained gains: A rapid systematic review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 18(2), 162-180. doi.org/10.1177/15598276231180117
- Association for Coaching. (2003). *A Position on Health Coaching and Chronic Disease Management*. Retrieved March 25, 2025 from <https://www.associationforcoaching.com/page/CoachingDefine>
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates. doi.org/10.4324/9780203771587
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). The Analysis of Qualitative Data in Primary Care Research. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research* (pp. 33-47). Sage Publications.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. doi.org/10.3758/BF03193146
- Huang, L. C., Chang, Y.-T., Chen, R.-Y., & Yang, S. H. (2021). Effectiveness of health coaching in diabetes control and lifestyle improvement: A randomized-controlled trial. *Nutrients*, 13(3878), 1–10.
- Hyman, M. A., Ornish, D., & Roizen, M. (2009). Lifestyle medicine: Treating the causes of disease. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 15(6), 12–14.
- James, F. W. (2019). *Introduction to Lifestyle Medicine: Evidence-based Clinical Practice*. Lifestyle Medicine Institute.
- Tan, C. C. L., Cheng, K. K. F., Hwang, S. W., Zhang, N., Holroyd, E., & Wang, W. (2020). Effect of a diabetes self-efficacy enhancing program on older adults with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Clin Nurs Res*, 29(5), 293-303. doi: 10.1177/1054773818792480.
- World Health Organization. (2023). *Health Service Delivery Framework for Prevention and Management of Obesity*. Retrieved September 30, 2024 from <https://n9.cl/qnpe9>