



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นางขวัญสุดา เกื้อทาน	นักโภชนาการชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลจังหาร กลุ่มงานโภชนศาสตร์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

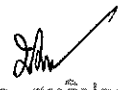
ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๕

No

(นายสนอง ตลประสิทธิ์)

ผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางขวัญฤดา เกื้อทาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลจันทาร กลุ่มงานโภชนศาสตร์ นักโภชนาการปฏิบัติการ	๒๔๕๕๒๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลจันทาร กลุ่มงานโภชนศาสตร์ นักโภชนาการชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๕๕๒๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐% ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจันทาร” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “โครงการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดเตรียมสำหรับอาหารสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในครอบครัวในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจันทาร” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”
				 (นายนรากร สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัด

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ ดำเนินการในเดือน มกราคม - เมษายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อดังนี้

๑. โรคเบาหวาน

๑.๑ ชนิดของโรคเบาหวาน

๑.๒ พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

๑.๓ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

๑.๔ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๑.๕ แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

๒. การจัดการตนเองและครอบครัว

๒.๑ ความหมายการจัดการตนเองและครอบครัว

๒.๒ กระบวนการจัดการตนเองและครอบครัว

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองของแคนเฟอร์

๓. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวาน

๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๕. กรอบแนวคิดในการวิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

กลุ่มโรค NCDs (Non communicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๓๘ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็น ๔๑ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เมื่อพิจารณาการตายจำแนกตามรายโรคของประชากรไทยทุกอายุใน พ.ศ. ๒๕๕๗ ใน ๑๐ อันดับแรก พบว่า ๕ อันดับแรกส่วนใหญ่มีสาเหตุการตายจากกลุ่ม โรคไม่ติดต่อก้าวคือ เพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ ๑๑.๑ ของการตายทั้งหมดในเพศชาย รองลงมาอีก ๔ อันดับ คือโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๗.๘ อุบัติเหตุทางถนนร้อยละ ๗.๔ โรคมะเร็งตับ ร้อยละ ๖.๕ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ ๖.๐ ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ ๑๙.๖ ของการตายทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ ๘.๘ ไตอักเสบและไตพิการร้อยละ ๔.๐ และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ ๓.๗ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการตายจำแนกรายสาเหตุระหว่างเพศ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของการป่วย การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บได้แก่ การบริโภคยาสูบดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้รับมลพิษทางอากาศและปัญหาสุขภาพจิต (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒)

ในการทำงานเดียวกันสถานการณ์ของโรคเบาหวานจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ป่วย (Morbidity) ในจังหวัดร้อยเอ็ด ช่วงระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๓) สถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ พบอัตราป่วยสะสม เท่ากับ ร้อยละ ๖,๔๑๑.๒, ๖,๘๘๘.๖, ๗,๐๔๘.๘, ๗,๖๗๙.๗ และ ๗,๘๘๗.๕ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ เท่ากับร้อยละ ๗๓๐.๙, ๗๖๐.๓, ๖๔๙., ๖๕๖.๓ และ ๕๗๓.๖ ตามลำดับ(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, ๒๕๖๔) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเป็นเบาหวานและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นทุกปี โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหากับร่างกายที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นสูงกว่าปกติ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุดของโรคเบาหวานผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน เริ่มตั้งแต่ตับอ่อนสร้างอินซูลินพิเศษเพื่อให้เพียงพอกับร่างกาย แต่เมื่อเวลาผ่านไปตับอ่อนจะไม่สามารถที่จะให้ผลผลิตอินซูลินได้ทันและ ไม่สามารถทำให้อินซูลินเพียงพอที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลกระทบต่อตา ไต เส้นประสาทหรือหัวใจ (American Diabetes Association [ADA], ๒๐๑๔) โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง จากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นความผิดปกติของปลายระบบประสาทจอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคไต รวมถึงแผลบริเวณเท้าที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานแล้วยากต่อการดูแลรักษา นอกจากนั้นแล้วผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมานานกว่า ๑๕ ปี ประมาณร้อยละ ๒ จะมีความพิการทางสายตา มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานพบความผิดปกติของปลายระบบประสาท ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงเป็น ๒ ถึง ๔ เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ (วิชัย เอกพลกร, ๒๕๖๐)

เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคเบาหวานของโรงพยาบาลจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวนทั้ง ๓,๑๐๐ คน ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลสะสม (A๑c)ได้น้อยกว่าร้อยละ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๙๑ และ ๒๓.๔๖ ตามลำดับและในปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๔๐ แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๐, ๒๔.๙๑ และ ๒๓.๔๖ ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันยังพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๗๒ คน มีจำนวน๑๗ คน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด ๑๐๐-๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ๕๕ คน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (โรงพยาบาลจังหวัด, ๒๕๖๔) ยังมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด ๑๒๗-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการดูแลรักษา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน คนที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่าง ๑๒๗-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่า ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มารับบริการจะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้องดูแลตัวเองเพียงลำพังในเวลากลางวัน เนื่องจากสมาชิกทุกคนในบ้านไปทำงานกันหมด ทำให้การรับประทานอาหารและ การรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานไม่ถูกต้องได้ เช่นไม่รับประทานยาในช่วงเช้าเพราะตื่นมาแพ้อย่างเดียวในตอนเช้าเลยไม่ได้รับประทานอาหารเช้าไปรับประทานอาหารเช้าตอนสายๆ ถึงได้เริ่มรับประทานยา ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในช่วงวัยทำงานก็ยังคงมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นไม่รับประทานอาหารเช้าเพราะต้องใช้เวลาเดินทางไปทำงานแต่เช้า ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ จึงต้องไปเริ่มการรับประทานยาในช่วงเวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน และ ในช่วงเย็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุต้องรอจนคนในครอบครัวกลับจากทำงานมาถึงบ้านจึงได้รับประทานอาหารเพื่อรอให้คนในครอบครัวกลับมารับประทานอาหาร และส่วนใหญ่ก็จะ ทำอาหารตามที่คนในครอบครัวชอบโดยไม่คำนึงถึงอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของตนเอง สูบบุหรี่และดื่มสุราเบียร์ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ การรับประทานอาหาร โดยรับประทานทานข้าวเหนียวเป็นหลัก,

รับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน รสจัด และดื่มสุราโดยดื่มเมื่อมีงานประเพณีงานบุญ (สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุรีย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลุบล นันทาและจุฑามาศ สุขเกษม, ๒๕๖๐) สมาชิกในครอบครัวคิดว่าการดูแลผู้เป็นเบาหวานเป็นเรื่องของผู้เป็นเบาหวานต้องดูแลรับผิดชอบตนเอง จึงไม่สนใจหรือให้ความสำคัญในการดูแลผู้เป็นเบาหวานเช่น การจัดหาอาหารก็รับประทานชนิดเดียวกันทั้งครอบครัวซึ่งไม่รู้ว่าอาหารแบบใดที่ผู้เป็นเบาหวานควรรับประทานหรือรับประทานร่วมกันได้ ความเชื่อของผู้เป็นเบาหวาน และครอบครัวก็มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตั้งงานวิจัยของจิรนนท์ โพธิ์พฤษ, วศิน โพธิ์พฤษ, นฤมล เกตุกรรม แล สุภารัตน์ กมลมาลย์ (๒๕๕๕)

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน และครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวาน พยาบาลครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนและคอยเป็นกำลังใจผู้เป็นเบาหวานเกิดความเปลี่ยนแปลงไปในทางสุขภาพที่เหมาะสม ดังเช่นการประยุกต์ใช้การหาแนวทางจัดระบบการบริการ เพื่อส่งเสริมการร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (อนุชา โอชะคลัง, ๒๕๕๔) จากงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ค้นคว้าศึกษามาส่วนมากจะทำแต่ในผู้เป็นเบาหวานคนเดียว แต่มีส่วนน้อยที่มีครอบครัวมาร่วมจัดการด้วยดังนั้นผู้วิจัยจึงมีคำถามวิจัยว่า “ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการจัดการตนเองและครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างไร...” และได้ศึกษาและนำไปโครงการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสมให้แก่ผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานต่อไป โดยการเน้นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในค่าปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งสถาบันครอบครัวต่อไป

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยมีแบบแผนการวัดผลก่อนและหลังการทดลองเป็นแบบ ๒ กลุ่ม (Two group pretest-posttest Design) คือกลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดำเนินการในเดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๖๕

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลจังหวัด จำนวน ๑๗๒ คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัด ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Main outcome) จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละประมาณ ๓๘.๔๐ ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ ๑๐ ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ กลุ่มละ ๓.๘๔ ราย ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ ๔๒.๒๔ ปรับเป็นกลุ่มละ ๔๓ คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจึงเป็น ๘๖ คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลจังหวัด
๒. ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานไม่ต่ำกว่า ๖ เดือน
๓. ได้รับความดันโลหิตสูงหรือระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน
๔. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน
๕. สามารถอ่านหนังสือและเขียนภาษาไทยได้
๖. ผู้ป่วยเบาหวานยินดีเข้าร่วมการวิจัย
๗. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

โดยมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) จากโปรแกรมดังต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
๒. ผู้ป่วยที่มีแผนย้ายออกจากพื้นที่อำเภอจังหวัดภายใน ๓ เดือน
๓. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท ความผิดปกติทางพฤติกรรมและการสื่อสาร

โดยกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด อำเภอจังหวัด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งอยู่ในเครือข่ายบริการสุขภาพ (Contracting Unit of Primary Care: CUP) ของโรงพยาบาลจังหวัด

แผนการคงไว้ของกลุ่มตัวอย่าง (Retention plan) ผู้วิจัยวางแผนเพื่อลดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ดังนี้ การดำเนินการวิจัยมีการย้ำเตือนการนัดหมาย หลังการเข้าร่วมกิจกรรม และเยี่ยมบ้าน และหากไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยจะประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อติดตามกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่าง กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจะไปพบกลุ่มตัวอย่างและปรับแผนการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ๓ ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือวิทยาศาสตร์

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

๑.๑ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer, & Gaelick (๑๙๘๘) เป็นการจัดการกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่กำหนดซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนดังนี้ ๑) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ๒) การติดตามตนเอง (Self monitoring) ๓) การประเมินตนเอง (Self evaluation) และ ๔) การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด ๑๒ สัปดาห์

ขั้นตอนที่ ๑ (สัปดาห์ที่ ๑) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดและให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย คือ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้มีค่าใกล้เคียงกับเป้าหมายของการรักษามาก

ขั้นตอนที่ ๒ (สัปดาห์ที่ ๒-๑๒) การติดตามตนเอง (Self monitoring) ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดและให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย คือ ระดับน้ำตาลให้มีค่าใกล้เคียงกับเป้าหมายของการรักษามากที่สุด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ขั้นตอนที่ ๓ (สัปดาห์ที่ ๒-๑๒) การประเมินตนเอง (Self evaluation) เป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างบันทึกการจัดการตนเองในแบบบันทึก แล้วนำข้อมูลมาพิจารณาและประเมินว่าการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่

ขั้นตอนที่ ๔ (สัปดาห์ที่ ๒-๑๒) การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิริยาต่อพฤติกรรมที่ได้มาจากกระบวนการประเมินตนที่เกี่ยวกับการจูงใจ คือถ้าพฤติกรรมเป้าหมายสอดคล้องกับมาตรฐานบุคคลจะพอใจ ให้เกิดแรงจูงใจให้เปลี่ยนแต่ถ้าพฤติกรรมนั้นต่ำกว่ามาตรฐานจะทำให้บุคคลพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนด

๑.๒ คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ พัฒนาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คู่มือจะประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการ การตนเองด้านการควบคุมระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาการจัดการความเครียด และการจัดการความเจ็บป่วย

๑.๓ แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมาย วางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยตรวจสอบแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่าง การทำกลุ่มแต่ละครั้งซึ่งทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

๑.๔ วิธีทัศนศาสตร์ชุด การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน ด้านอาหารและการออกกำลังกาย ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (๒๕๕๙) ความยาว ๘ นาที เป็นวิดีโอเสนอการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน อาการของโรค การรับประทานยา การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ใช้ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับกลุ่มทดลอง

๑.๕ วิธีทัศนศาสตร์ชุดการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยประยุกต์เพิ่มเติมจากวิธีทัศนศาสตร์เบาหวาน เป็นก็คุมได้ โรงพยาบาลรามาริบัติ (๒๕๕๙) ความยาว ๓ นาที เป็นวิดีโอเสนอการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

๒. เครื่องมือวิทยาศาสตร์ เครื่องตรวจกลูโคสในเลือด (FPG) ดำเนินการตรวจโดยห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลจังหวัดด้วยเครื่องแอกคิว-เช็ค แถบตรวจน้ำตาล แอควิว-เช็คเพอร์ฟอร์มาเพื่อวัดปริมาณน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดดำและเส้นเลือดฝอยในการติดตามประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีหน่วยเป็นมิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีการสอบเทียบเครื่องมือทุก ๒ เดือน ประเมินคุณภาพเครื่องมือโดยองค์กรภายนอก(The External Quality Assessment in Hemoglobin A_{1c} Program: EQA: Hb) (โรงพยาบาลจังหวัด, ๒๕๖๔)

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามประกอบด้วย ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (ฮีโมโกลบินเอวันซี) ครั้งล่าสุด

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน และการส่งเสริมความสามารถ ๖ ด้าน ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการ การกำหนดพลังงานที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สัดส่วนอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และการเลือกประเภทอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และหลักการบริโภค จำนวน ๓๐ ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามเชิงบวก ๑๔ ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ ๑๖ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๔ ระดับ (ระดับ ๑-๔)

๔. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบ่งออกเป็น ๓ ส่วนตามประเภทของเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ คู่มือแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร

๑.๑ ตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้า (Face Validity) นำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ คู่มือแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ที่ปรึกษาตรวจ และปรับปรุงแก้ไข ให้สมบูรณ์ จากนั้นนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างการวิจัย (Proposal) ตรวจสอบความตรงเฉพาะ หน้าเพื่อตรวจสอบสอดคล้องเชิงเนื้อหาแบบเฉพาะหน้าในประเด็นนิยามเชิงทฤษฎี ความชัดเจน ภาษาที่ใช้ และการ ปฏิบัติ

๑.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามของกุลธรีชัย ชายเกตุ (๒๕๖๐) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการ เลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม น้ำหนักเกินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ ๐.๘๖

๕. การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยทำบันทึกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและทำการวิจัยใน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการ

๒. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและทำการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

๓. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพ ๑ ท่าน เพื่อร่วมดำเนินการวิจัยโดยชี้แจง รูปแบบและวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของโปรแกรมการจัดการตนเองๆ การเก็บข้อมูล และชี้แจงการ พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย

๔. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากรายชื่อจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในด้าน เพศ อายุ เนื่องจากเพศและอายุ มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการจับฉลากคนที่ ๑ จาก บัญชีรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ แล้ว พิจารณา เพศ อายุ เกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก แล้วทำการสุ่ม ตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์คัดออก แต่ละคู่เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม

๕. ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตามนัดปกติเพื่อคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามที่กำหนด โดยทำการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูลและขั้นตอนการพิทักษ์ สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อไว้ใน เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย

๖. ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๖.๑ กลุ่มทดลอง (Experimental group) ดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ เป็นเวลา ๑๒ สัปดาห์ ทดลองตาม โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มๆ ๘-๑๐ คนโดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๔ ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน ๒ ครั้ง ในระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์โดยการนำแนวคิดของเคนเพอร์ มาออกแบบ กิจกรรมและแนวทางการจัดกิจกรรมในโปรแกรมมีรายละเอียดกิจกรรม

๖.๒ กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเบาหวานวันมารับบริการตามปกติที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด โดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยวิธีการเก็บข้อมูล การนำเสนอข้อมูลการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปรียบเทียบตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อดำเนินการข้างต้นแล้วผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบบันทึก

ฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวาน สัปดาห์ที่ ๒-๑๒ ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ โดยการตรวจร่างกาย การรับยา และการให้สุศึกษาและคำแนะนำจากแพทย์โดยให้ความรู้ทั่วไป และการดูแลตามรูปแบบของคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัง ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการ

สัปดาห์ที่ ๑๒ กลุ่มเปรียบเทียบมารับบริการตามนัดที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัง โดยจะเจาะเลือดตามนัดเพื่อนำค่าฮีโมโกลบินเอวันซีปริมาณ ๓ มิลลิลิตร มาเปรียบเทียบ และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเดียวกับที่ใช้ในสัปดาห์ที่ ๑ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและการให้ข้อมูลกับผู้วิจัยในครั้งนี้และปิดการวิจัย นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย จัดทำรายงานผลการวิจัย

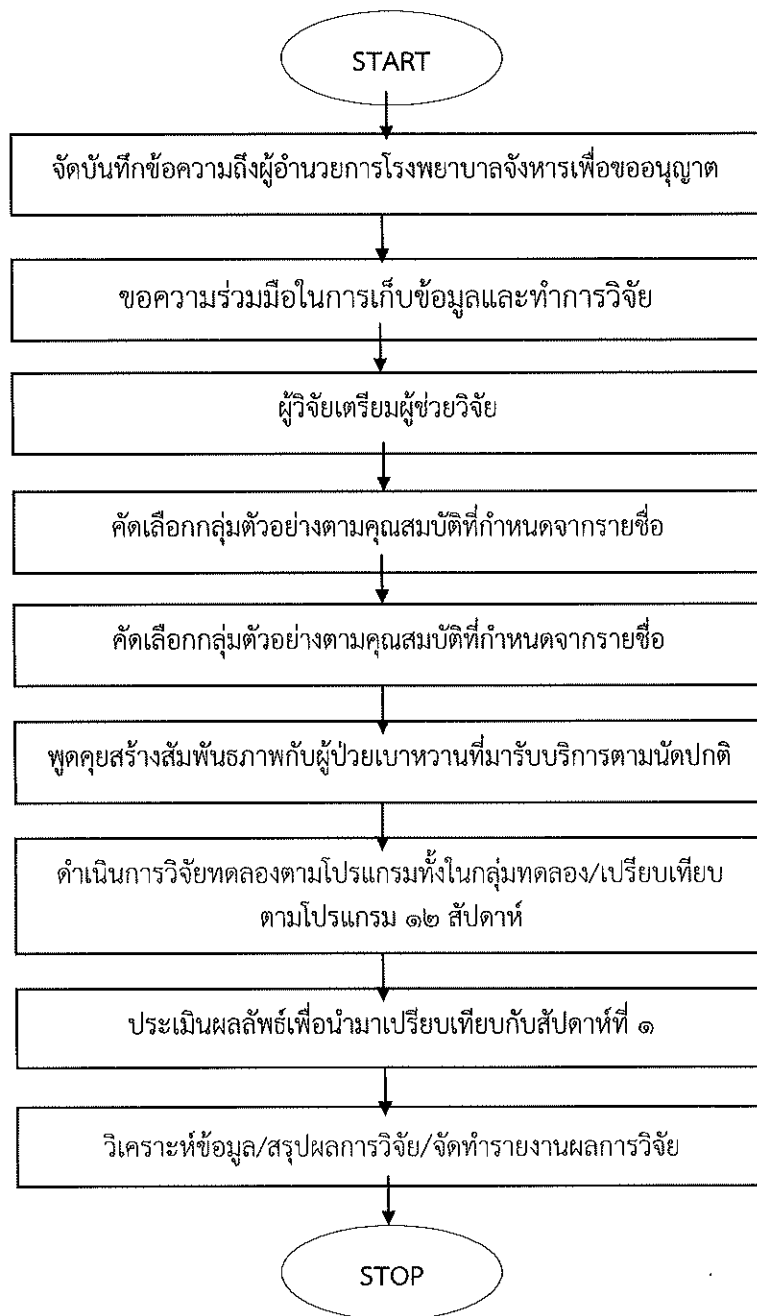
การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมดไปวิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA โดยมีกระบวนการดังนี้

๑. ข้อมูลลักษณะทางประชากรวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะทางประชากร
๒. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี โดยวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test
๓. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับฮีโมโกลบินเอวันซี โดยวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ๙๕% confidence interval

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

๑. ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์เข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และได้รับการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการ
๒. เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบก่อนการเก็บข้อมูล ทั้งสิทธิในการตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใดนอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วม สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลหรือบริการผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างและผลของการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
๓. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารพิทักษ์สิทธิ์

ตั้งผังกระบวนการงาน (Work Flow) ดังนี้



๔.๓ เป้าหมายของงาน

การศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายของงานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A๑C) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โดยมีสมมติฐานงานวิจัย คือ ๑) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มากกว่า กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและ ๒) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A๑c) มากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย คือการวิจัยครั้งนี้มุ่งเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมผู้เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด จําแนกเป็น ๒ กลุ่มๆ ละ ๔๓ คน คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลรูปแบบปกติ โดยทำการวิจัยใน เดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๖๕

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ลักษณะทางประชากร กลุ่มทดลอง (Experimental group) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๔๓ คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (๕๑.๒%) อายุเฉลี่ย ๖๑ ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา(๖๒.๘%) สถานภาพสมรสคู่ (๕๓.๕%) ประกอบอาชีพค้าขาย/แม่บ้าน (๒๗.๙%) รายได้ของครอบครัวพอใช้ไม่เหลือเก็บและพอใช้ เหลือเก็บ (๗๘%) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย ๖ ปีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A๑c) ก่อนทดลองเฉลี่ย ๙.๕๘ mg% และหลังทดลองเฉลี่ย ๘.๗๒ mg% ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๔๓ คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (๖๒.๘%) อายุเฉลี่ย ๖๒ ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา(๔๖.๕%) สถานภาพสมรสคู่ (๕๑.๒%) ประกอบอาชีพค้าขาย/แม่บ้าน (๕๑.๒%) รายได้ของครอบครัวพอใช้ไม่เหลือเก็บและพอใช้เหลือเก็บ (๗๘.๐%) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย ๖ ปีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A๑c) ก่อนทดลองเฉลี่ย ๙.๗๐mg% และหลังทดลองเฉลี่ย ๘.๗๒mg%

๕.๒ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = ๓.๔๔, SD = ๐.๒๐$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การไม่รับประทานข้าวมันไก่ข้าวหมกไก่-เนื้อ ซุปเนื้อข้าวเนื้อแดง ข้าวขาหมู ซุปกระดูก เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = ๓.๗๒, SD = ๐.๕๐) รองลงมา คือ การรับประทานสลัด (Mean = ๓.๖๕, SD = ๐.๖๑) และการรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยวหรือขนมจีนไม่เกิน ๑ งานต่อมื้อ (Mean = ๓.๖๕, SD = ๐.๕๗) ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า การอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = ๓.๒๐, SD = ๐.๘๐) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = ๒.๑๕, SD = ๐.๓๓$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การรับประทานผักต้ม ประมาณ ๒-๓ ทัพพีต่อวันมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = ๒.๓๗, SD = ๐.๘๗) การรับประทานอาหารมื้อเย็นก่อน (Mean = ๒.๓๗, SD = ๐.๘๔) การรับประทานนมรสจืด หรือนมพร่องมันเนยวันละ ๑ แก้ว (Mean = ๒.๓๗, SD = ๐.๗๘) ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า การไม่รับประทานขนมหวาน เช่น โรตีสานมถ้วย ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง และเม็ดขนุน เป็นต้นมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = ๒.๐๒, SD = ๐.๗๖)

๕.๓ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A๑c) หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่า โดย mean difference = ๑.๒๘ คะแนน (๙๕%CI; ๑.๑๖, ๑.๓๙) และหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A๑c) ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = ๐.๐๐๑$) โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A๑c) ลดลงมากกว่า โดย mean difference = ๑.๓๗mg% (๙๕%CI; ๐.๕๗, ๒.๑๖)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑ ผู้ป่วยเบาหวานมีโปรแกรมการเลือกรับประทานอาหารเพื่อใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการส่งเสริมการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

๖.๒ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมดีขึ้นต่อไป

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมาครั้งนี้มีค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว และการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านทั้งนี้ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแลในห้องประชุมตามนัดกล่าวทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไปชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ ๒ และติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมายโดยนำข้อมูลในแบบบันทึกเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างกำหนด

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ดูแล ส่งผลให้การปฏิบัติตามกิจกรรมไม่ครบถ้วน หรือไม่ต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะสำหรับการผลการวิจัยไปใช้ การศึกษาผลโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ดูแล ซึ่งเป็นคนในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานเอง ดังนี้ ผู้ดูแลควรเข้าร่วมกิจกรรมและเป็นคนเดิมทุกครั้ง จะส่งผลดีต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโครงการอย่างต่อเนื่อง

๙.๒ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำโครงการฯ เพื่อส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และควรมีการทำวิจัยกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบเท่านั้น ควรมีการวิจัยกึ่งทดลองโดยการนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเภทอื่นๆ และควรเพิ่มการติดตามประเมินผล ในระยะยาวเป็น ๖ เดือนหรือ ๑ ปี เพื่อศึกษาประสิทธิผลของความต่อเนื่องคงอยู่ และยั่งยืนของโปรแกรมต่อไป

๙.๓ ควรพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ปรุงอาหารและการจัดสำรับอาหารในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่ได้เผยแพร่

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วน

๑) นางขวัญฤตดา เกื้อทาน สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางขวัญฤตดา เกื้อทาน)

(ตำแหน่ง) นักโภชนาการปฏิบัติการ

(วันที่) ๓๑ / ๑๑ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. นางขวัญฤตดา เกื้อทาน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายชนากร ศิริชะภูมิ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจันทรา

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(วันที่) ๓๐ / ๑๑ / ๒๕๖๕

(ลงชื่อ)

(นายสุรเดช ฆะเดช)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่) 8 พ.ย. 2565

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง โครงการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดเตรียมสำหรับอาหารสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในครอบครัวในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัด

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างเรื้อรัง ระบบการทำงานของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปเกิดมีภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น มีแผลเรื้อรังที่เท้า ตามัว ตาบอด เป็นอัมพาต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน คือการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ให้น้อยกว่า ๗ ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องการการออกแบบการให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค รู้จักระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ที่ช่วยประเมินถึงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม(Health education division, ๒๕๕๙)

เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคเบาหวานของโรงพยาบาลจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการในคลินิกผู้เป็นโรคเรื้อรัง จำนวนทั้ง ๓,๑๐๐ คน ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลสะสม (HbA_{1c})ได้น้อยกว่าร้อยละ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๙๑ และ ๒๓.๔๖ ตามลำดับและในปี พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๔ เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๔๐ แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๐, ๒๔.๙๑ และ ๒๓.๔๖ ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันยังพบว่าใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๗๒ คน มีจำนวน ๑๗ คน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด ๑๐๐-๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ยังคงพบว่า ผู้เป็นเบาหวาน ๕๕ คน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (โรงพยาบาลจังหวัด, ๒๕๖๔) ยังมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด ๑๒๗-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการดูแลรักษา จากการสัมภาษณ์ผู้เป็นเบาหวาน คนที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่าง ๑๒๗-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่า ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ผู้มารับบริการจะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้องดูแลตัวเองเพียงลำพังในเวลากลางวัน เนื่องจากสมาชิกทุกคนในบ้าน ไปทำงานกันหมด ทำให้การรับประทานอาหารเช้า และการรับประทานยาของผู้เป็นเบาหวานไม่ถูกต้องได้ เช่น ไม่รับประทานยาในช่วงเช้าเพราะตื่นมาแต่เช้าเลยไม่ได้รับประทานอาหารเช้าไปรับประทานอาหารเช้าตอนสายๆ ถึงได้เริ่มรับประทานยา ส่วนผู้เป็นเบาหวานที่อยู่ในช่วงวัยทำงานก็ยังคงมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นไม่รับประทานอาหารเช้าเพราะต้องใช้เวลาเดินทางไปทำงานแต่เช้า ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ จึงต้องไปเริ่มการรับประทานยาในช่วงเวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน และ ในช่วงเย็นผู้เป็นโรคเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุต้องรอจนคนในครอบครัวกลับจากทำงานมาถึงบ้านจึงได้รับประทานอาหารเพื่อรอให้คนในครอบครัวมาทำอาหารให้รับประทานหรือซื้อข้าวจากข้างนอกกลับมาจะมีบางคนที่ยังแข็งแรงทำอาหารเพื่อรอให้คนในครอบครัวกลับมารับประทานอาหาร และส่วนใหญ่ก็จะทำอาหารตามที่คนในครอบครัวชอบ โดยไม่คำนึงถึงอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของตนเอง ความกังวลในเรื่องของการเจ็บป่วยของตัวเองและกลัวเป็นภาระกับครอบครัว จึงทำให้เกิดความเครียดซึ่งความเครียดมีผลต่อการนอนหลับและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้เป็นเบาหวานบางครอบครัวรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก(โรงพยาบาลจังหวัด, ๒๕๖๔)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างเรื้อรัง ระบบการทำงานของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปเกิดมีภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น มีแผลเรื้อรังที่เท้า ตามัว ตาบอด เป็นอัมพาต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน คือการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ให้น้อยกว่า ๗ ซึ่ง

เกิดจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องการการออกแบบการให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค รู้จักระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ที่ช่วยประเมินถึงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม(Vichuda, ๒๕๕๙)

เมื่อรู้ว่าเป็นโรคการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีกับตนเอง หลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนาการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรคเพราะมีความเชื่อว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือโรคนั้นมีความรุนแรงมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคลดความรุนแรงของโรค การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อและทัศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากกว่าปัจจัยอื่น ประกอบด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้และปัจจัยกระตุ้น ซึ่งเกิดขึ้นได้จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านความรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเอง การสะท้อนคิด ให้เกิดความเชื่อ ความตระหนักถึงการดูแลตนเอง ร่วมกับการนำความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับมาประยุกต์ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การดำเนินพฤติกรรมดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล การคิดริเริ่มและอารมณ์ที่จำเพาะต่อการแสดงออกพฤติกรรมตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Nola J. Pender) ซึ่งแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เชื่อว่า บุคคลทุกคนพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อสร้างสรรค์ความเป็นอยู่ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี และการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและปฏิบัติกิจกรรม อย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตเป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของมโนทัศน์หลัก ๓ ด้าน คือ แนวคิดลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลซึ่งบุคคล มีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม แนวคิดอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการจูงใจมากที่สุด มีอิทธิพลต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม(Vichuda, ๒๕๕๙ ; Wayobu, ๒๐๑๔; Danyuthaailp, ๒๐๑๘)

ในทำนองเดียวกัน Ryan and Sawin (๒๐๐๙) เห็นว่าการจัดการตนเองเป็นการที่ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกันมีอิทธิพลในการเกื้อหนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาศัยครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพให้ถูกต้อง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเองและควบคุมโรคได้ จากแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ The revised self-and family management (Grey, Schuman-Green, Knafel, & Reynolds, ๒๐๑๕) ได้ปรับปรุงกรอบแนวคิดใหม่เกี่ยวกับการจัดการตนเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังประกอบด้วยปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค กระบวนการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ระยะสั้นและผลลัพธ์ระยะยาว โดยมุ่งเน้นในการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทการจัดการตนเองและครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้เป็นเบาหวานต้องมีพฤติกรรมในการควบคุมน้ำตาลเลือดให้คงที่สม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้เป็นโรคเบาหวานต้องมีการจัดการตนเองซึ่งการจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต ผู้เป็นเบาหวานต้องมีการจัดการตนเอง โดยมีครอบครัวและวิชาชีพทางสุขภาพเป็นผู้ดูแลสนับสนุนคอยให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ และให้กำลังใจกับผู้เป็นเบาหวานให้สามารถจัดการตนเอง โดยให้ผู้เป็นเบาหวานเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ จนเกิดทักษะ ในการจัดการตนเองให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ การจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ เพราะการจัดการตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน (อารีย์ เสนีย์, ๒๕๕๗) และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้เป็นเบาหวานในเรื่องการจัดการตนเอง; กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (จุฑารัตน์ รังษา, ๒๕๕๙) ;

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (แสงอรุณ สุรวงศ์, ๒๕๕๙)

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้นคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัดและนักโภชนาการได้เห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติรวมถึงนโยบายระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ขอประเมินจึงได้ศึกษาหาแนวทางให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) มาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนา เป็นวิธีที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืนโดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเพื่อพัฒนาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดเตรียมสำหรับอาหาร สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดเตรียมสำหรับอาหาร สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในครอบครัวในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์จากรายงานสถานการณ์โรคเบาหวานของโรงพยาบาลจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการในคลินิกผู้เป็นโรคเรื้อรัง จำนวนทั้ง ๓,๑๐๐ คน ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลสะสม (A๑c) ได้น้อยกว่าร้อยละ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๙๑ และ ๒๓.๔๖ ตามลำดับและในปี พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๔ เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๔๐ แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๐, ๒๔.๙๑ และ ๒๓.๔๖ ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันยังพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๗๒ คน มีจำนวน ๑๗ คน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด ๑๐๐-๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ยังมีผู้ป่วยเบาหวาน ๕๕ คน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (โรงพยาบาลจังหวัด, ๒๕๖๔) ยังมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด ๑๒๗-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการดูแลรักษา

จากการสัมภาษณ์ผู้เป็นเบาหวาน คนที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่าง ๑๒๗-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่า ปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ นั้นเมื่อวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้องดูแลตัวเองเพียงลำพังในเวลากลางวัน เนื่องจากสมาชิกทุกคนในบ้านไปทำงานทำให้การรับประทานอาหารและการรับประทานยาของผู้เป็นเบาหวานไม่ถูกต้องได้ เช่น ไม่รับประทานยาในช่วงเช้าเพราะลืมกาแพอย่างเดียวในตอนเช้าเลยไม่ได้รับประทานอาหารเช้าไปรับประทานอาหารเช้าตอนสายๆ ถึงได้เริ่มรับประทานยา ส่วนผู้เป็นเบาหวานที่อยู่ในช่วงวัยทำงานก็ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นไม่รับประทานอาหารเช้าเพราะต้องใช้เวลาเดินทางไปทำงานแต่เช้า ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ จึงต้องไปเริ่มการรับประทานยาในช่วงเวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน และ ในช่วงเย็นผู้เป็นโรคเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุต้องรอจนคนในครอบครัวกลับจากทำงานมาถึงบ้านจึงได้รับประทานอาหารเพื่อรอให้คนในครอบครัวมาทำอาหารให้รับประทานหรือซื้อกับข้าวจากข้างนอกกลับมามีบางคนที่ยังแข็งแรง ทำอาหารเพื่อรอให้คนในครอบครัวกลับมารับประทานอาหาร และส่วนใหญ่ก็จะทำอาหารตามที่คนในครอบครัวชอบ โดยไม่คำนึงถึงอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของตนเอง ความกังวลในเรื่องของการเจ็บป่วยของตัวเอง และกลัวเป็นภาระกับครอบครัว จึงทำให้เกิดความเครียดซึ่งความเครียดมีผลต่อการนอนหลับและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้เป็นเบาหวานบางครอบครัวรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้จัดสำหรับอาหารในครอบครัวเป็นผู้บทบาทสำคัญในการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย

๓.๒ แนวความคิด พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานโรคเบาหวานเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเต็มที่การมีน้ำตาลในกระแสเลือดเกิดจากการดูดซึมน้ำตาลของร่างกายเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงาน เมื่อมีน้ำตาลในกระแสเลือดเกิดขึ้น ร่างกายหลังสารอินซูลินเพื่อนำน้ำตาลเข้าสู่กล้ามเนื้อส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่การบริโภคที่มากเกินไปทำให้ร่างกายไม่สามารถหลังอินซูลินได้เพียงพอกับปริมาณน้ำตาลที่ได้จากอาหารจึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) หากมีการบริโภคน้อยเกินไปร่วมกับการใช้ยารักษาเบาหวานในขนาดปกติก็จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยทั้งสิ้นการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมีหลากหลายวิธี และเป็นวิธีที่ปลอดภัยทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับคงที่ได้เพราะพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดซึ่งการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีความพยายามในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองอย่างมาก

การควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถตัดสินใจเลือกอาหารและมีการจัดการกับโภชนาการที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหารให้พอดีกับความต้องการของร่างกายไม่มากหรือน้อยเกินไปในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด หมายความว่า หากผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ที่ถูกต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่จากครอบครัว และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องก็จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงใกล้เคียงกับค่าปกติ (สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย, ๒๕๕๙)

อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ๒๕๕๙) ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานอาหารที่มีทั้งชนิด และปริมาณที่เหมาะสมตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และพลังงานที่สมดุลกับการใช้แรงงาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนควรให้ความสนใจ และพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกชนิด และปริมาณอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ ให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนอาหารได้หลากหลายเพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซากจำจ และให้มีความสุขในการรับประทานอาหารมากขึ้น โดยสลับเปลี่ยนหมุนเวียนในอาหารหมู่เดียวกัน ในปริมาณที่มีพลังงานเทียบเท่ากัน อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีหลักการเดียวกันกับอาหารเพื่อสุขภาพ แต่มีอาหารบางประเภทที่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษ เน้นการบริโภคให้ได้สัดส่วนปริมาณและความหลากหลายของอาหารที่เหมาะสม อาหารผู้ป่วยเบาหวานนั้นแบ่งง่าย ๆ เป็น ๓ ประเภท คือ

ประเภทที่ ๑ ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารน้ำตาล และขนมหวาน เช่น ทองหยิบทองหยอด ผ้อยทอง สังขยา ลอดช่อง อาหารเชื่อม เค้ก ช็อกโกแลต ไอศกรีม และขนมหวานอื่น ๆ เครื่องดื่ม เครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม น้ำเขียว น้ำแดง โอเลี้ยง เครื่องชูกำลัง นมข้นหวาน น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ซึ่งมีน้ำตาลประมาณร้อยละ ๑-๑๕ เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นน้ำมะเขือเทศ มีน้ำตาลประมาณ ๑% ควรดื่ม น้ำเปล่า น้ำชาไม่ใส่น้ำตาล ถ้าดื่มกาแฟ ควรดื่มกาแฟดำ ไม่ควรใส่น้ำตาล นมข้นหวานหรือครีมเทียม (เช่น คอฟฟี่เมท ซึ่งประกอบด้วยน้ำตาล กูลโคส ร้อยละ ๕๘ น้ำมันปาล์ม ร้อยละ ๓๓) ควรใส่นมจืดพร่องไขมัน หรือน้ำตาลเทียมแทน ถ้าดื่มนม ควรดื่มนมจืด พร่องไขมัน นมเปรี้ยวส่วนใหญ่ไม่ใช่ นมพร่องไขมัน และมีน้ำตาลอยู่ด้วยประมาณร้อยละ ๑๕ เป็นส่วนใหญ่เช่นเดียวกับนมถั่วเหลือง ถ้าดื่มน้ำอัดลม ควรดื่มน้ำอัดลมที่ใส่น้ำตาลเทียม เช่น เป๊ปซี่แมก เป็นต้น

ประเภทที่ ๒ รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาดผักคะน้า ถั่วฝักยาว ฝักบัว ถั่วงอก ทำเป็นอาหาร ตัวอย่าง เช่น จืด ยำ สลัด ผัดผัก เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีสารอาหารต่ำ นอกจากนั้นยังมีกากอาหารที่เรียกว่า ไฟเบอร์ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง

ประเภทที่ ๓ รับประทานได้แต่จำกัดจำนวน ได้แก่ อาหารพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ปัจจุบัน อาหารพวกแป้งนั้นไม่จำกัดจำนวน ถ้าผู้ป่วยไม่อ้วนมาก เนื่องจากลดอาหารจำพวกแป้งทำให้ต้องเพิ่มอาหารพวก ไขมัน ซึ่งอาจเป็นผลให้ระดับไขมันสูง และเพิ่มเนื้อสัตว์ทำให้หน้าที่ของไตเสียไปเร็วขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคไตร่วมด้วย ผลไม้นั้นต้องจำกัดจำนวนควรรับประทานพร้อมกับอาหารครั้งละ ๑ ส่วน

แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวในการพัฒนาโครงการฯ ครั้งนี้ ผู้ขอประเมินใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวทางการส่งเสริมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในการจัดการตนเองและให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ The revised self-and family management (Grey et al. ๒๐๑๕) ซึ่งกลวิธีจัดการตนเองประกอบด้วย ๔ ข้อ ได้แก่ ๑) บริบทด้านปัจจัย ก่อหนุน และอุปสรรคในการจัดการตนเอง ๒) กระบวนการจัดการตนเอง ๓) ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองระยะ สั้น ๔) ผลลัพธ์การจัดการตนเองระยะยาว สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติได้

๑. ปัจจัยก่อกวนและอุปสรรค (Facilitators and barriers) กล่าวถึงรายละเอียดของคุณลักษณะของรูปแบบการใช้ชีวิตสถานะสุขภาพ แหล่งสนับสนุนสภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน รายละเอียดเกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรม ต่อ การจัดการครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการ ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยร่วมอยู่ด้วย ซึ่งการสร้างเครือข่ายทาง สังคมของครอบครัวนับเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการเป็นปัจจัยก่อกวนให้ผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแล ตนเองในขณะเดียวกันอาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองด้วยเช่นกัน ในกรณีที่ต้องมีการตอบสนองกับ บุคคลที่อยู่นอก

เครือข่ายสังคมของครอบครัวดังนั้นต้องมีการจัดการดังนี้

๑.๑ คุณลักษณะเฉพาะของรูปแบบการใช้ชีวิต(Personal/ Life style) ปัจจัยด้านคุณ ลักษณะเฉพาะบุคคลและรูปแบบการใช้ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองประกอบด้วยภูมิความรู้ของผู้ป่วย ความเชื่อ อารมณ์ แรงจูงใจ และรูปแบบการใช้ชีวิตจะมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จะ เห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขต่าง ๆ ของการใช้ชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็น และมี ส่วนร่วมในการจัดการตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อหลายอย่างในการดูแลรักษาผู้ป่วย ด้านอารมณ์ ความทุกข์ ความเครียดความกลัว และความวิตกกังวลจะมีผลในเชิงบวก และลบเกี่ยวกับการจัดการตนเอง สิ่งแวดล้อมและสภาพบรรยากาศภายในครอบครัวจะมีผล โดยตรงต่อผู้ป่วย การสร้างแรงจูงใจ ประสบการณ์ การจัดการตนเองตลอดจนการยอมรับต่อการเปลี่ยนชีวิตที่จะเกิดขึ้นมีอิทธิพลและเป็นทักษะต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง การดูแลจากบุคคล,ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลที่ถูกต้อง การ ปรคับ ปรคอง การ สนับสนุน ตลอดจนการวางแผนความร่วมมือกันในครอบครัวจะส่งผลต่อให้เกิดผลลัพธ์ ที่ดียิ่งขึ้น

๑.๒ สถานะทางสุขภาพ (Health status) แต่ละบุคคลและแต่ละครอบครัวจะมีผลกระทบต่อ ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยโรคที่เกิดร่วมกับโรคที่เป็นอยู่เช่น โรคความดันโลหิตสูง ระดับความรุนแรง อาการและผลข้างเคียงของโรคการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อโรค ที่เป็นอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความซับซ้อนของการรักษาและจำเป็นต่อการจัดการตนเองและครอบครัว

๑.๓ แหล่งสนับสนุน (Resources) ประกอบด้วย สถานะทางการเงิน วัสดุอุปกรณ์และระบบ สนับสนุนจากชุมชน เพราะถ้าสถานะทางการเงินของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ดีย่อมส่งผลต่อการจัดการตนเอง

๑.๔ สภาพแวดล้อม (Environmental) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อาชีพ ที่ทำงานตลอดจนชุมชน ที่อาศัย มีผลต่อการจัดการตนเองทั้งสิ้น โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ ความสำเร็จของแนวทางในการจัดการตนเอง

๑.๕ ระบบบริการสุขภาพ (Health system) ประกอบด้วย การเข้าถึงระบบบริการแนว ททางปฏิบัติ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการการขาดโอกาสในการ

เข้าถึงด้านการดูแลรักษาหรือการดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลโดยตรงและทำให้การจัดการตนเองขาดประสิทธิภาพ

๒. กระบวนการจัดการตนเอง

๒.๑ การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการของการเจ็บป่วย (Focusing on illness need) โดยสะท้อนการเรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพในการดูแลและการตอบสนองต่อความเจ็บที่เกิดขึ้น และใส่ใจต่อโรคพร้อมที่จะดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ตรงตามความเจ็บป่วย เพื่อจะได้จัดกิจกรรมการดูแลสร้างเสริมสุขภาพได้ตรงประเด็น โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวร่วมเรียนรู้

๒.๒ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Activating resources) เป็นการมุ่งเน้นที่ระบบการดูแลสุขภาพ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้คุณภาพ ตามมาตรฐาน มีการจัดระบบบริการตั้งแต่การเข้าถึงบริการ จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินความรู้และความเชื่อพยาบาลต้องประเมินพื้นฐานค่านิยมและความเชื่อที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนให้การดูแลเพื่อนำไปสู่การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคลพยาบาลต้องทำหน้าที่ให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมให้ความร่วมมือระหว่างบุคคลและครอบครัว

๒.๓ การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่จะส่งผลต่อโรคเบาหวาน พยาบาลและครอบครัวทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำผู้ป่วยในการจัดการด้านอารมณ์การจัดการด้านการปรับตัวของผู้ป่วย ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้ในการชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิตในการจัดการตนเองช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือด

๓. ผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal outcome) ประกอบด้วย

๓.๑ พฤติกรรมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่เพียงพอ การรับรู้ ประกอบด้วยความสามารถในการจัดการตนเอง การสร้างแรงจูงใจ การจัดการความเครียด

๓.๒ การรับรู้ข้อบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ประกอบด้วยผลการลดความเครียดการลดความรุนแรงของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓.๓ การจัดการอาการ (Symptom management) การจัดการตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูง อ่อนเพลีย

๔. ผลลัพธ์ระยะยาว (Distal outcome) ประกอบด้วย

๔.๑ สภาวะสุขภาพ (Health status) ประกอบด้วย การควบคุมอัตราการเกิดโรคอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิต

๔.๒ ผลลัพธ์ส่วนบุคคล (Individual outcome) ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตสภาวะสุขภาพจิต

๔.๓ ผลลัพธ์ด้านครอบครัว (Family outcome) ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัวและการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว จะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

๔.๔ ระบบบริการสุขภาพ (Health system) ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสิทธิประโยชน์สัมพันธ์กับผู้ป่วยกับผู้ที่ให้บริการ ประสิทธิภาพการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าการจัดการตนเองและครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่สูงมากเกินไป (ค่าปกติ ๗๐-๑๓๐ mg/dl) การจัดการตนเองและครอบครัวที่ดีจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวสามารถจัดการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองได้เหมาะสม โดยลด

การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการจัดการตนเองและครอบครัวเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารในแต่ละวันและเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง ผู้ขอประเมินจึงได้นำแนวคิดในการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et (๒๐๑๕) และคณะมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ได้

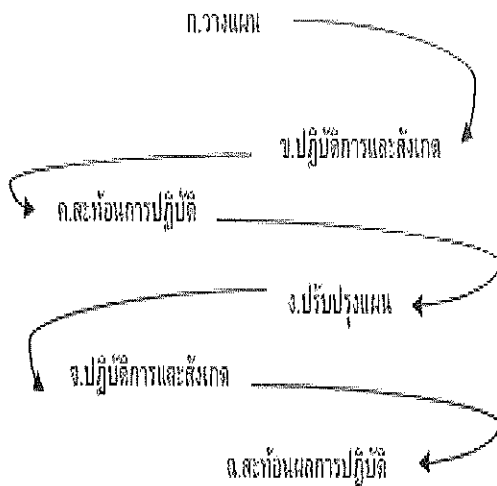
๓.๓ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาโครงการฯ ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action Research: PAR) โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลร่วมพัฒนา โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ดำเนินการเก็บ ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัด ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๖ ถึงมิถุนายน ๒๕๖๖ ระยะเวลา ๒๔ สัปดาห์

ขั้นตอนดำเนินการ การพัฒนาโครงการฯ ครั้งนี้แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์โดยการศึกษาเอกสารการปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากนั้นผลการวิเคราะห์สถานการณ์นำมาตรวจสอบความครบถ้วน การจัดระเบียบ ข้อมูล การหาข้อสรุปประชุมเพื่อหาแนวทางพัฒนาโปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดเตรียมสำหรับ อาหาร สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในครอบครัวในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัด

ระยะที่ ๒ ระยะปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลจังหวัด ผู้ขอประเมินและผู้มีส่วนร่วมวิจัย ในทีมบุคลากรสุขภาพดำเนินการตาม ขั้นตอนดังนี้



ตามรูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีรายละเอียดดังนี้

๑. การวางแผน ผู้วิจัยร่วมกันวางแผนจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งความรู้ ประสบการณ์ในการ จัดทำโปรแกรมให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยการนำข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรม ในรูปแบบต่างๆ และกำหนดบทบาทวิทยากรผู้ให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ

๒. การปฏิบัติการและสังเกต ดำเนินจัดกิจกรรมกลุ่มสนทนา นำความรู้ที่ได้ ทั้งด้านการรับรู้ต่อการเป็นโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตน การดูแลตนเองมาร่างโปรแกรม และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพถึงความถูกต้อง ความเป็นไปได้ทั้งกิจกรรมและอุปกรณ์

๓. การสะท้อนผลการปฏิบัติด้วยเทคนิคประเมินผลการปฏิบัติด้วยการวิพากษ์ การสะท้อนคิด ให้เกิดความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกับทีมวิจัย ในประเด็นที่เกิดจากการดำเนินการโปรแกรมรวมทั้งการบรรลุเป้าหมายและปัญหาอุปสรรค เป็นการสรุปผลการปฏิบัติตามวงรอบที่ ๑

๔. การปรับปรุงแผน เป็นการสะท้อนผลหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) เพื่อปรับปรุง

โปรแกรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และจากข้อเสนอแนะที่ได้จากการตรวจร่างโปรแกรม และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม สื่อ อุปกรณ์ ในโปรแกรมให้สุศึกษา

๕. การปฏิบัติและสังเกต ผู้ดำเนินโครงการฯ และผู้ร่วมวิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมให้สุศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการฯ

๖. การสะท้อนการปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติด้านสุขภาพ คือ พฤติกรรมการจัดสำรับอาหารและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA๑c) ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๖ เดือน

ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผลการประเมินผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA๑c) ดำเนินการประเมินผลหลังเริ่มกิจกรรมจัดโปรแกรมให้สุศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดเตรียมสำรับอาหาร สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในครอบครัวในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัดจันทบุรีในเดือนที่ ๖

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ได้โปรแกรมสุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดเตรียมสำรับอาหาร สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในครอบครัวในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจังหวัดจันทบุรี

๔.๒ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการจัดเตรียมสำรับอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

๔.๓ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการจัดเตรียมสำรับอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๓ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวสามารถจัดเตรียมสำรับอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ ๗๐

(ลงชื่อ)

(นางขวัญลดา เกื้อทาน)

(ตำแหน่ง) นักโภชนาการปฏิบัติการ

(วันที่) ๕ / พ.ย. / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน