

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ยุพา พุกหน้า, ส.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพโดยแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อศึกษากระบวนการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการประชุมการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติอนุมาน Paired sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ กระบวนการเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม การดำเนินงานโครงการที่ได้จากกิจกรรมเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม หลังดำเนินการ พบว่า ระดับความรู้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ระดับทัศนคติต่อโรคเบาหวานก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีระดับคะแนนมาก ร้อยละ 80.30 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคเบาหวาน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับคะแนนปานกลาง ร้อยละ 67.20 หลังดำเนินการพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนระดับมาก ร้อยละ 91.80 หลังดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคะแนนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น สรุปผลการศึกษาหลังดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, ทีมผู้ดูแลในชุมชน

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี

A STUDY OF COMMUNITY CARE TEAM MODEL FOR DIABETES MELLITUS PATIENTS IN THE AREA OF KUMBONG HEALTH PROMOTING HOSPITAL BAN PHUE DISTRICT UDONTANI PROVINCE

Yupha Phukna, B.P.h.*

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study Context and problems in the operation of care for diabetic patients. And to study the process of caring for people with diabetes at home by a team of caregivers in the community at Kum Bong Sub District Ban Phue District Udonthani Province. The samples of 60 people who were questionnaire were randomly selected by using stratified random sampling techniques from 275 health volunteers. The study population was Type 2 diabetic. Data was collected using a questionnaire for quantitative data and used in-depth interview guidelines for qualitative data from 15 key informants. The research instrument was a questionnaire which was validated by 3 experts for content validity. All items had an Item Objective Congruence greater than 0.50 and the reliability of the questionnaire was Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Data were collected between 1th July to 31th July 2023 Statistics used to analyze data were descriptive statistics and inferential statistics, including Paired sample t-test, with a significance level of 0.05

The results showed that Knowledge about diabetes before and after studying diabetes care by community care teams. The knowledge levels were significantly different, p-value <0.001. Attitude levels towards diabetes before the study were mostly at a high level, 80.30 percent. Results of comparing the differences. Of the mean scores on attitudes towards diabetes, it was found that there was a statistically significant difference (p-value <0.001). Self-care behavior level Most of the diabetic patients had a moderate score, 67.20%. After the study, it was found that most had a high score, 91.80%. After the study, the diabetic patients had an increase in the score of self-care behavior regarding diabetes. Summary of the study results is that Diabetic patients have significantly increased knowledge, attitude, and self-care behavior (p-value < 0.001).

Suggestion: There should be continuous study of the development of the model for caring for people with diabetes in the community in order to create an appropriate model that can be applied in other areas.

Keywords: diabetes, diabetic care, community care team,

* Kum Bong health promoting Hospital, Udonthani province

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease: NCD) เป็นโรคที่ไม่สามารถติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่งได้ มีระยะดำเนินโรคที่ยาวนานและเป็นไปอย่างช้า แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและมะเร็ง ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า 36 ล้านคน ประมาณ 29 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางรวมถึงประเทศไทย โดยมากกว่า 9 ล้านคนที่เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี^[1] ในประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตาย ร้อยละ 71 ของสาเหตุการตายทั้งหมด แบ่งออกเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 27 โรคมะเร็ง ร้อยละ 12 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 6 และโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ร้อยละ 19^[1]

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฉบับปรับปรุง (Chronic Care Model: CCM) เน้นการดูแลผู้ป่วยใน 3 ส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกัน คือ 1) ชุมชน 2) ระบบสุขภาพ 3) หน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งมีองค์ประกอบที่จำเป็น 6 ด้าน คือ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน 2) หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ 3) สนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบบริการ 5) สนับสนุนการตัดสินใจ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก^[2]

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุขก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล โดยเฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียว ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากรวมอีก 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ^[3]

ข้อมูลสถิติอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร จังหวัดอุดรธานี ปี 2561 -2564 มีดังนี้ 459.86, 491.39, 570.33, 559.00 ตามลำดับ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8) ในปีงบประมาณ 2566 ในพื้นที่ตำบลคำบง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม จำนวน 254 คน อัตราความชุก 5,755.72 ต่อ ประชากรแสนคน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภูมิสำเนาในพื้นที่ตำบลคำบง ซึ่งรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านผือ ได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 จำนวน 97 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด จำแนกเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 13.40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ชนิดที่ 2 ที่มีโรคแทรกซ้อน จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด^[4]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินไม่มีภาวะแทรกซ้อน (International Classification of Diseases 10: ICD 10 รหัส E11.9) ได้รับการขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 83 คน ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 86 คน ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 85 คน มีการจัดให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์จากโรงพยาบาลบ้านผือ เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ตา บอดจากเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรัง เดือนละ 2 ครั้ง โดยนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1-3 เดือน อีกทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนได้รับยาและคำแนะนำการดูแลสุขภาพทุกครั้ง และ

ระหว่างการรพบแพทย์ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้รับการให้สุศึกษา เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา) นอกจากนั้นยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อย 1 ครั้ง/ คน/ ปี [4]

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานกรอบอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ 1 ต่อ 1,250 แต่ในพื้นที่อำเภอบ้านผือมีสัดส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อประชากรเฉลี่ย 1 ต่อ 1,922.41 จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบ้านผือ ยังขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ตามมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งต้องการลดภาระค่าใช้จ่ายและระยะเวลาเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลบ้านผือ ของผู้ป่วย คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ จึงได้ร่วมกันศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีแพทย์ประจำโรงพยาบาลบ้านผือ 1 คน เป็นที่ปรึกษาให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากพบว่าผู้ป่วยในชุมชนที่มีอาการรุนแรงหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่สามารถ วินิจฉัยโรคหรือต้องการขอคำปรึกษาเพิ่มเติมในด้านการรักษาผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สามารถติดต่อแพทย์ประจำ ได้โดยตรงด้วยการสนทนาแบบเห็นหน้า ผ่านอุปกรณ์แท็บเล็ต (Tablet) [5]

โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักการที่สำคัญดังนี้ 1) ระบบบริการสุขภาพที่เน้นคุณภาพบริการและความปลอดภัย 2) การบริการด้วยทีมสหวิชาชีพมีเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ 3) การรักษาต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ 4) มีระบบข้อมูลของผู้ป่วย และชุมชน 5) การดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถดูแลสุขภาพและรักษาตัวเองขึ้นพื้นฐาน 6) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม และจากการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่บ้าน (Diabetes Care: The Model of Home Health Care) พบว่า มีลักษณะของการดูแล 4 รูปแบบ คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเอง 2) การดูแลโดยครอบครัว 3) การดูแลโดยผู้ดูแล 4) การดูแลโดยบุคลากร สาธารณสุข ซึ่งรูปแบบการดูแลทั้ง 4 รูปแบบข้างต้นมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คล้ายคลึงกัน 2 รูปแบบ คือ 1) การให้สุศึกษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและ 2) ออกกำลังกาย ด้วยแอโรบิก การเดิน และการออกกำลังกายรูปแบบอื่น [6]

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบเดิม ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในวันที่เปิดให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางไปแต่เช้าเพื่อเข้าคิวรอการตรวจรักษาจาก แพทย์ ผู้ป่วยต้องเข้าคิวรอนานหลายชั่วโมง จึงจะได้รับการตรวจเนื่องจากมีผู้ป่วยที่นัดในวันเดียวกันเป็นจำนวนมาก ต่อมาปีงบประมาณ 2564 ได้มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าผู้ป่วยสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลงเนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยเฉพาะในพื้นที่ ตำบลคำบง ในปีงบประมาณ 2565 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกส่งต่อมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวนมากขึ้นจึงได้มีการพัฒนาระบบขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์ได้โดยตรงทันที โดยการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านเครือข่าย อินเทอร์เน็ต ระหว่างผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับแพทย์ประจำโรงพยาบาลบ้านผือ ด้วยการสนทนาแบบเห็นหน้าผ่านอุปกรณ์แท็บเล็ต (Tablet) เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถ พบแพทย์ได้โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลบ้านผือ

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดย ทีมผู้ดูแลในชุมชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อำเภอบ้านผือ จังหวัด อุดรธานี เพื่อศึกษาระบบการดูแลบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีทีมผู้ดูแลในชุมชนที่ สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้ และพัฒนาไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ รวมถึงการดูแล ต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบาง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบาง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ออกเป็น 4 ชั้น ดังนี้

ชั้นที่ 1 วางแผน (Planning)

1. ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค
2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
3. วางแผนแก้ปัญหา

ชั้นที่ 2 ปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนงาน

1. โครงการพัฒนาทักษะทีมผู้ดูแลในชุมชน ด้วย หลัก 3 อ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบาง
2. โครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบาง
3. กิจกรรมสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วย

ชั้นที่ 3 สังเกตผล (Observation)

1. ความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน
2. พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน
3. ทักษะของผู้ป่วยเบาหวาน
4. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวาน

ชั้นที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)

ประชุมถอดบทเรียน สรุปประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข ในการดำเนินงาน และเสนอแนะแนวทางเพื่อการพัฒนาต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และเชิงคุณภาพโดยแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษา จำนวน 275 คน
 - 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบาง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึง ธันวาคม 2565 จำนวน 132 คน

- 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- (1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 8 คน
- (2) บุคลากรจากภาคส่วนอื่น จำนวน 75 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้โดยผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 60 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

$$n = \frac{\sigma_d^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง คือ เดือน กรกฎาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเป็นแบบปลายเปิด (Open End) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ข้อมูลด้านคุณลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัว การมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 7 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรักษาโรคเบาหวาน ด้านการดูแลสุขภาพกาย ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ "ใช่" "ไม่ใช่" และ "ไม่แน่ใจ" มีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวกคือ ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ในข้อคำถามเชิงลบ ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 0 คะแนน (Bloom, 1968) [7]

การแปลผลคะแนนแบบเฉลี่ยอิงเกณฑ์ ดังนี้ ระดับมาก คือได้คะแนนตอบถูกต้องตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16.80 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนตอบถูก ระหว่างร้อยละ 60 – 79 (12.60 - 16.79 คะแนน) ระดับน้อย คือ ได้คะแนนตอบถูก ต่ำกว่าร้อยละ 59 ลงมา (น้อยกว่า 12.59 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อโรคเบาหวาน 6 ด้าน ประกอบด้วย ทศนคติด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรักษาโรคเบาหวาน ด้านการดูแลสุขภาพกาย ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่า "เห็นด้วย" "ไม่แน่ใจ" และ "ไม่เห็นด้วย" การให้คะแนนด้านทศนคติ แบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 3 ระดับ^[8] ระดับการวัด มี 3 ระดับ^[9] คือ ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง

การให้คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก ตอบเห็นด้วย ได้ 3 คะแนน ตอบไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน ตอบไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ตอบไม่เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน ตอบเห็นด้วย ได้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนแบบเฉลี่ยอิงเกณฑ์ (Bloom, 1968) [7] ดังนี้ ระดับดี คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (43.20 คะแนนขึ้นไป) ระดับพอใช้ คือ ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (32.40 - 42.19 คะแนน) ระดับน้อย คือได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 59 ลงมา (น้อยกว่า 32.39 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรักษาโรคเบาหวาน ด้านการดูแลสุขภาพกาย ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่า "ปฏิบัติเป็นประจำ" "ปฏิบัติบางครั้ง" และ "ไม่เคยปฏิบัติ"

การให้คะแนนด้านพฤติกรรม แบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 3 ระดับ^[8] ระดับการวัด มี 3 ระดับ^[9] คือ ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง การให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวก ตอบปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบไม่เคยปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ตอบไม่เคยปฏิบัติ ได้ 3 คะแนน ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ตอบปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนแบบเฉลี่ยอิงเกณฑ์ (Bloom, 1968)^[7] ระดับดี คือ ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80ขึ้นไป (43.20 คะแนนขึ้นไป)

ระดับพอใช้ คือได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60 - 79 (32.40 - 42.19คะแนน) ระดับน้อย คือได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 59 ลงมา (น้อยกว่า 32.39 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่มการมีส่วนร่วม ใช้เพื่อบันทึกกิจกรรมการประชุม ประกอบด้วย การบันทึกผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดำเนินกิจกรรม ผู้บันทึกกิจกรรมปัญหาที่พบจากการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ปัญหาที่เลือก และแผนงานโครงการที่เกิดขึ้นจากการประชุม

ชุดที่ 3 แบบสังเกตการมีส่วนร่วมของทีมผู้ดูแลในชุมชน โดยสังเกตการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ชุดที่ 4 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิด (Open End) มีข้อความถาม 3 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะติดต่อโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หัวข้อในการสนทนากลุ่มได้มาจากปัญหาที่พบในการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้มาจากการสุ่มโดยการจับสลากจากผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 8 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 7 คน เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน บุคลากรจากภาคส่วนอื่นจำนวน 4 คน รวม 15 คน

ชุดที่ 5 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียน เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแผน จุดแข็ง จุดอ่อน สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่ ความพึงพอใจโดยรวมต่อการปฏิบัติงานในครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไปการตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยพิจารณาใช้สูตรการคำนวณของ Rovinelli & Hambleton ^[10] ซึ่งกำหนดให้ค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 ถือว่าข้อคำถามนั้นความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัย จะพิจารณาสร้างปรับแก้ไขหรือสร้างข้อคำถามใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัวคู อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุมกลุ่ม สนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยพิจารณาจากความสมบูรณ์ครบถ้วนของเนื้อหา บันทึกข้อมูลได้ตรงตามวัตถุประสงค์ สามารถนำมาใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้สถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบประเมินการมีส่วนร่วมใช้ในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การตีความหมายของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมาย โดยสรุปเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 13366 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ กระบวนการเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม การดำเนินงานโครงการที่ได้จากกิจกรรมเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม ทีมผู้ดูแลในชุมชนสนใจและให้ความร่วมมือในทุกกิจกรรม มีส่วนร่วมในด้านการวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลทุกกระบวนการ สอดคล้องกับ 1) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ให้การสนับสนุนทางด้านการประเมินผล (Appraisal Support) แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับกลุ่มเครือข่าย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.30 มีอายุในช่วงกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 31.10 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.90 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.90 รายได้เฉลี่ย 2,001-4,000 บาท/เดือน มีสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 82.00 ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนมีผู้ดูแล โดยผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลจากคู่สมรส ร้อยละ 75.40 สำหรับด้านการประกอบอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหารเอง ร้อยละ 60.70 และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระยะเวลาผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มป่วยน้อยกว่า 4 ปี ร้อยละ 39.30 น้อยที่สุด 1 ปี และป่วยเรื้อรังมานานที่สุด คือ 30 ปี

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคะแนนน้อย (น้อยกว่า 12.59 คะแนน) ร้อยละ 24.60 ระดับคะแนนปานกลาง (12.60 - 16.59 คะแนน) ร้อยละ 49.20 และระดับคะแนนมาก (16.80 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 26.20 ตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 14.38 คะแนน ส่วนหลังการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนปานกลาง ร้อยละ 4.90 ระดับคะแนนมาก ร้อยละ 95.10 ตามลำดับ มีคะแนนต่ำสุด 16 คะแนน ส่วนคะแนนสูงสุด 21 คะแนน จากการจัดกลุ่มระดับคะแนนดังกล่าวข้างต้น พบว่าหลังการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นก่อนการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่ากับ 14.37 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังการศึกษาเท่ากับ 19.23 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ (n=60)

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ค่าคะแนน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	≥ร้อยละ 80	16	26.20	57	95.10
ปานกลาง	ระหว่าง ร้อยละ 60-79	29	49.20	3	4.90
น้อย	≤ร้อยละ 59	15	24.60	0	0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการศึกษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ (n=60)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	14.37	1.30	11.55	<0.001
หลังดำเนินการ	19.23	3.17		

* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 ใช้สถิติ paired t-test

3. ด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนดำเนินการ ระดับทัศนคติต่อโรคเบาหวาน อยู่ในระดับคะแนนปานกลาง ร้อยละ 19.70 และระดับคะแนนมาก ร้อยละ 80.30 ตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำสุด 37 คะแนน คะแนนสูงสุด 52 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 45.93 คะแนน ส่วนหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 คะแนนต่ำสุด 47 คะแนน ส่วนคะแนนสูงสุด 53 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทัศนคติต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนทัศนคติต่อโรคเบาหวานก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ (n=60)

ระดับคะแนนทัศนคติต่อโรคเบาหวาน	ค่าคะแนน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	≥ร้อยละ 80	48	80.30	60	100
ปานกลาง	ระหว่าง ร้อยละ 60-79	12	19.70	0	0
น้อย	≤ร้อยละ 59	0	0	0	0

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ (n=60)

ทัศนคติต่อโรคเบาหวาน	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน	45.93	1.44	8.83	<0.001
หลังการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน	49.91	3.04		

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ<0.05 ใช้สถิติ paired t-test

4. ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนดำเนินการผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับคะแนนปานกลาง ร้อยละ 67.20 และระดับคะแนนมาก ร้อยละ 32.80 ตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำสุด 35 คะแนน คะแนนสูงสุด 51 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 41.91 คะแนน ส่วนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคะแนนปานกลาง ร้อยละ

8.20 คะแนนระดับมาก ร้อยละ 91.80 ตามลำดับ คะแนนต่ำสุด 40 คะแนน ส่วนคะแนนสูงสุด 53 คะแนน จากการจัดกลุ่มระดับคะแนนดังกล่าวข้างต้น พบว่าหลังดำเนินการผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยก่อนดำเนินการคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคเบาหวานเท่ากับ 41.92 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคเบาหวานเท่ากับ 48.62 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมี พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ (n=60)

ระดับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน	ค่าคะแนน	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	≥ร้อยละ 80	20	32.80	55	91.80
ปานกลาง	ระหว่าง ร้อยละ 60-79	40	67.20	5	8.20
น้อย	≤ร้อยละ 59	0	0	0	0

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลัง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ (n=60)

พฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	\bar{X}	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค เบาหวานก่อนดำเนินการ	41.92	3.00	11.75	<0.001
พฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค เบาหวานหลังดำเนินการ	48.62	3.05		

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ<0.05 ใช้สถิติ paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนความรู้ เรื่องโรคเบาหวานรวมทุกด้านเฉลี่ย 14.37 คะแนน (S.D.=3.17, Min=14.5, Max=20) หลังการศึกษามีคะแนน ความรู้โรคเบาหวานรวมทุกด้านเฉลี่ย 19.23 คะแนน (S.D.=1.30, Min=16, Max=21) เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่า ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นในระดับ มากจากการร่วมกิจกรรมการดำเนินการ ทำให้ได้รับความรู้จากทีมผู้ดูแลในชุมชน ที่ได้ผ่านการอบรมทีมผู้ดูแลใน ชุมชน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงไปดำเนินการในพื้นที่กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการพูดคุยที่เป็น กันเอง เนื่องจากมีผู้ดูแลในชุมชนที่เป็นญาติของผู้ป่วยเอง ทำให้สามารถสื่อสารกันได้ตลอดเวลา และผู้ดูแลเข้าใจ ในบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอย่างดี สอดคล้องกับ 1) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้ป่วย โรคเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากทีมผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็น แรงสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิด 2) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ^[11] ซึ่งผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 3) การศึกษาของ ทิพารัตน์ คงนาวัง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมี ความรู้ มีการปฏิบัติตัว ได้รับการสนับสนุน และมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้น อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.05)^[12]

ด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนทัศนคติต่อโรคเบาหวานรวมทุกด้านเฉลี่ย 45.93 คะแนน (SD.=3.04, Min=39, Max=52) หลังการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนทัศนคติต่อโรคเบาหวานรวมทุกด้านเฉลี่ย 49.92 คะแนน (SD.=1.44, Min=47, Max=53) เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่าทัศนคติต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในระดับมากจากการร่วมกิจกรรมการศึกษา ทำให้ได้รับความรู้จากทีมผู้ดูแลในชุมชน ที่ได้ผ่านการอบรมทีมผู้ดูแลในชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วลงไปดำเนินการในพื้นที่กับผู้ป่วยเบาหวาน โดยการพูดคุยที่เป็นกันเอง ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับ 1) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม(House,1987) โดยทีมผู้ดูแลในชุมชนให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิด

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผลการศึกษาพบว่าก่อนการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมทุกด้านเฉลี่ย 41.91 คะแนน (SD.= 3.05, Min=35, Max=51) หลังการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมทุกด้านเฉลี่ย 48.62 คะแนน (SD=0.72, Min=40, Max=53) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในระดับมากจากการร่วมกิจกรรมการศึกษา ทำให้ได้รับความรู้จากทีมผู้ดูแลในชุมชน ที่ได้ผ่านการอบรมทีมผู้ดูแลในชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วลงไปดำเนินการในพื้นที่กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการพูดคุยที่เป็นกันเอง ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ 1) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทีมผู้ดูแลในชุมชนให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิด กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มทดลองและเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.04$) ^[13] ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ มีการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.05$ ^[12] ไม่สอดคล้องกับ Shu-Fang Vivienne Wu และคณะ (2011) ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการวิจัยกึ่งทดลองโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจหาน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับความรู้ผ่านสื่อความรู้ที่เป็นแผ่น DVD และมีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าก่อนการศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ดูแลภาวะเจ็บป่วยเบาหวานด้วยตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง มีส่วนดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการรักษาโรค การให้ข้อมูลข่าวสาร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามนัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ สนับสนุนด้านความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านผือ สนับสนุนแพทย์และเภสัชกรมาให้การตรวจรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานน้อย

หลังการศึกษา ผู้ป่วยเบาหวาน ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง โรงพยาบาลบ้านผือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ องค์การบริหารส่วนตำบลคำบง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีส่วนร่วมในกิจกรรมการศึกษา ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ กระบวนการเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม การดำเนินงานโครงการที่ได้จากกิจกรรมเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม พบว่า สมาชิกทุกคน

มีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาทุกขั้นตอน สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ 1) ทีมผู้ดูแลในชุมชน ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ 2) กิจกรรมให้คำปรึกษาการรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยโภชนาการ

สรุปว่า หลังการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน พบว่า ทีมผู้ดูแลในชุมชนสนใจและให้ความร่วมมือในทุกกิจกรรม มีส่วนร่วมในด้านการวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลทุกกระบวนการ สอดคล้องกับ 1) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน ให้การสนับสนุนทางด้านการประเมินผล (Appraisal Support) แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิด 2) แนวคิดการมีส่วนร่วมโดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การปฏิบัติการ (Implementation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) 3) ผลการศึกษาของ ทิพรรัตน์ คงนางวัง^[12] ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) และผู้นำชุมชน มีความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงานของทีมผู้ดูแลในชุมชน ควรมีการติดตามประเมินผลหลังการดำเนินการไปแล้ว 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรครวมทั้งการหาแนวทางให้ทีมผู้ดูแลในชุมชนได้พัฒนาวิธีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes Fact Sheet Number 312 [Internet]. [Cited 24 August 2014]. Available from: <http://www.who.int/media Centre/factsheets/fs312/en/>
2. CIC. MacColl Institute for Healthcare Innovation. The Chronic Care Model [Internet]. [Cited 13 November 2014]. Available from: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The Chronic Care Model's=2>
3. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; 2564.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบัง. โปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบัง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี; 2565.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ. จำนวนประชากรอำเภอบ้านผือ ตามทะเบียนราษฎร์. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ; 2565.
6. Sopa Paradorn. Diabetes Care: the Model of Home Health Care. The 8th National Health Research Forum. n.p.: Vientiane Lao PDR; 2014.
7. Bloom S. Benjamin. Taxonomy of Education Objective Handbook I : Cognitive Domain. New York, David McKay; 1968.
8. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
9. Gliem JA, Gliem RR. Calculating interpreting and reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. 2003 Midwest Research to Practice Conference in Adult Continuing and Community Education. Columbus; 2003:82-8.

10. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research* 1977; 2:49-60.
11. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs* 1974;2:324-508.
12. ทิพารัตน์ คณาวัง, จุฬารักษ์ โสตะ. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2557; 7(3).
13. รัตนพร อิมหมั่นงาน, ลิสสิญา อาภาสุวรรณกุล. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง. *วารสารควบคุมโรค* 2552; 38(3):184-96
14. Shu-Fang Vivienne Wu, Shu-Yan Liang, Tsae-Jyy Wang, Mei-Hui Chen. A Self - management Intervention to Improve Quality of Life and Psychosocial Impact for People with type 2 Diabetes. *Journal of Clinical Nursing* 2011;20:2655-65.