

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

DEVELOPMENT OF A COMMUNITY-BASED DIABETES CARE MODEL FOR TYPE 2
DIABETES PATIENTS WITH A VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

ฉัตรชัยกานท์ สุขนรินทร์¹, รัศมี สุขนรินทร์^{2*}

Chatchaiyakarn Suknarin¹, Rassamee Suknarin^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Phitsanulok provincial health.

²Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author E-mail: Rassamee@scphpl.ac.th*

Received: 24 Aug., 2025

Revised: 19 Nov., 2025

Accepted: 24 Nov., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดพิษณุโลก การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ด้วยการสนทนากลุ่ม 13 คน สอบถาม อสม. 397 คน และผู้ป่วยเบาหวาน 407 คน 2) การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3) ทดลองใช้โปรแกรมกับ อสม. โดยจับคู่ดูแลผู้ป่วย 32 คน สร้างกลุ่มไลน์สนับสนุนการดำเนินงาน และ 4) ประเมินความรอบรู้ ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของ อสม. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผลวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ อสม. ดำเนินการด้วยการเสริมพลังอำนาจเชิงจิตวิทยา โดยการอบรมความรู้ การสร้างความรอบรู้สุขภาพ การฝึกทักษะ และการเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้างโดยการมอบบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนเครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัล การจับคู่บัดดี้ การจัดตั้งกลุ่มไลน์ ซึ่งส่งผลให้ อสม. มีความรู้ในโรคเบาหวาน มีความรอบรู้และความสามารถในการสื่อสาร ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง การมีช่องทางสื่อสาร ความไว้วางใจของคู่บัดดี้ หลังทดลองใช้รูปแบบ พบว่า อสม.มีคะแนนความรอบรู้ ความรู้ และทักษะขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ทั้ง อสม.และผู้ป่วยพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในระดับมาก ดังนั้น จึงควรนำหลักการเสริมพลังอำนาจ โดยการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพ การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแบบบัดดี้ และการตั้งกลุ่มไลน์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.); การดูแลผู้ป่วยแบบบัดดี้; การเสริมพลังอำนาจ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ABSTARCT

The objective of this research and development (R&D) study was to develop and evaluate a care model for Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) patients in the community led by Village Health Volunteers (VHVs) in Phitsanulok Province. The research was divided into four phases: Situational analysis using focus group discussions (13 participants), surveys with 397 VHVs, and 407 diabetes patients. Design and development of the diabetes patient care program. Program trial with 32 pairs of VHVs and patients, and the establishment of a Line group for operational support. Evaluation of VHVs' health literacy, knowledge, and skills in diabetes care, along with patients' health behaviors and satisfaction with the care model. Results: The developed VHV diabetes care model was implemented through Psychological Empowerment by providing training on knowledge, promoting health literacy, and conducting skill training and Structural Empowerment by delegating roles and responsibilities, supporting digital tools and technology, implementing a buddy system, and establishing a Line group.

These interventions resulted in: VHVs gaining knowledge of diabetes, improved health literacy and communication skills, enhanced self-efficacy, available communication channels, and trust among buddies. Following the model trial, VHVs showed statistically significant improvements in their scores for health literacy, knowledge, and skills ($p < .001$). Patients demonstrated better health behaviors and a statistically significant reduction in fingertip blood sugar levels ($p < .001$). Both VHVs and patients expressed very high satisfaction with the program.

Conclusion: The principle of empowerment, specifically through developing health literacy, training patient care skills, implementing a buddy system, and establishing Line groups, should be applied to the community care of diabetes patients by Village Health Volunteers.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Village Health Volunteers (VHVs); Buddy Care; Empowerment; Health Literacy

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ระบุว่า โรค NCDs มี 5 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และ ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเป็นภาระโรค โดยการเจ็บป่วยเชื่อมโยงกับการ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่ม

แอลกอฮอล์ การขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ที่ไม่เหมาะสม และการสัมผัสมลพิษทางอากาศ (กรมควบคุมโรค, 2566) ในปี พ.ศ.2565 องค์การ อนามัยโลก พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs 41 ล้านคน ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยกว่า 17 ล้านคน หรือเกือบร้อยละ 40 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ซึ่งจัดเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยร้อยละ 86 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำ และปานกลาง สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ที่ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ของโลก (WHO, 2022)

ในประเทศไทย พบว่า แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs มากกว่า 400,000 ราย หรือเฉลี่ยมากกว่า 1,000 รายต่อวัน โดยร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตมีสาเหตุจาก 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งเห็นได้ว่าการจัดการแก้ไขปัญหาโรค NCDs เป็นความท้าทายด้านสุขภาพและเกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศ เนื่องจากมีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศในปี 2562 มีสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ในประเทศ โดยในกลุ่มโรคเหล่านี้ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถือเป็นโรคที่สร้างภาระทางสุขภาพอย่างมาก เพราะมีแนวโน้มการป่วยและการตายเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยพบอัตราป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 1,345 เป็น 1,528.9 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก็เพิ่มขึ้นจาก 20.0 เป็น 22.0 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 และปี 2562 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2566) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบร่วมได้บ่อย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังแบบเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเฉียบพลัน ภาวะกรดคีโตนจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลอันตรายถึงชีวิต ส่วนภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดในอวัยวะของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ไต ดวงตา และปลายมือปลายเท้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะตาบอด อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและแผลเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจนต้องตัดอวัยวะ (ภริกาญจน์ ไคนุ่นนา และคณะ, 2566) สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวและชุมชน สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดพิษณุโลก พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 49,888 คน ในปี 2562

เป็น 68,847 คน ในปี 2566 ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 37.01 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากลยุทธ์ใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคเบาหวานในระดับชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็น "ฟันเฟืองและกลไกด่านหน้า" ของระบบสุขภาพ มีบทบาทเชื่อมโยงประชาชนกับหน่วยบริการสุขภาพ ทำภารกิจทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ใกล้ชิดและความไว้วางใจจากประชาชน เป็น "พลังอำนาจเชิงสังคม (Social Power)" จึงมีศักยภาพสูงต่อการเข้าถึงและดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ดังนั้นการออกแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยเน้นการเสริมพลังอำนาจเชิงจิตวิทยาผ่านความรอบรู้และทักษะ (Psychological Empowerment) โดยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะโรค (Health Literacy) เพื่อให้เข้าใจ (Meaning) ในงานที่ทำและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วย (Skill Training) สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบ (Competence/Self efficacy) ให้ อสม. เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำภารกิจที่ซับซ้อนให้สำเร็จได้ รวมทั้งการเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง และการสนับสนุน (Structural Empowerment) โดยการมอบหมายบทบาทอำนาจหน้าที่ (Impact and Autonomy) โดยมอบหมายบทบาทให้เป็นผู้ติดตามและประเมินอาการพื้นฐาน ในชุมชนได้อย่างเป็นทางการ เพื่อสร้างความรู้สึกมีผลกระทบ (Impact) ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนเครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัล จัดหาเครื่องมือที่จำเป็น และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การจัดตั้งกลุ่มไลน์ (Line Group) เพื่อสื่อสาร ติดตาม ให้คำปรึกษาแก่ อสม. และผู้ป่วย รวมถึงการส่งข้อมูลสู่หน่วยบริการได้อย่างรวดเร็ว ขณะที่ระบบบัดดี้ (Buddy System)

เป็นการจับคู่ระหว่าง อสม. กับผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ (Trust) ระหว่างกัน ถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่มั่นคงและเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเสริมพลังอำนาจ

จากหลักการข้างต้น ผู้วิจัย จึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก โดยยกระดับศักยภาพของ อสม. ด้วยแนวคิด Empowerment เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว ได้แก่ การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2. วิธีดำเนินการ การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (พฤษภาคม - กรกฎาคม 2567) โดยการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ แกนนำ อสม.

ตัวแทนผู้ป่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาศักยภาพ ปัญหา อุปสรรค แนวทางการดำเนินงาน และความต้องการพัฒนา นำข้อมูลมาสรุปและสร้างเป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับ อสม. และแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสำรวจข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม ตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ผลข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนโดย อสม. ในจังหวัดพิษณุโลก (สิงหาคม - กันยายน 2567) ด้วยการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ไปจัดทำร่างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของ อสม. โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน (Practice competency) และมอบหมายให้ อสม. จับคู่บัดดีในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1:1) จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ตลอดเวลา นำร่างโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการปฏิบัติงานของอสม. และด้านการวิจัย ให้คำแนะนำและปรับปรุงกิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน (ตุลาคม - ธันวาคม 2567) ที่ออกแบบและพัฒนาจากขั้นตอนที่ 2 ไปจัดกิจกรรมฯ จำนวน 8 สัปดาห์ กับกลุ่ม อสม. จำนวน 32 คน ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 5 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ และกระบวนการวิจัย สร้างสัมพันธภาพระหว่างนักวิจัย ผู้ช่วยวิจัย และ อสม. เก็บข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน นำเสนอข้อมูลโรคเบาหวาน แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 6 ฐาน ฐานที่ 1 การดูแลด้านอาหาร ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย ฐานที่ 3 การจัดการอารมณ์ ฐานที่ 4 การจัดการยา และการรับการรักษา ฐานที่ 5 ด้านการส่งต่อผู้ป่วย และฐานที่ 6 ฝึกทักษะการเจาะเลือดหาค่าน้ำตาล ในเลือดปลายนิ้ว (DTX) สอดแทรกกิจกรรมตามหลักการ เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) และการกำกับ ติดตาม ประเมินผล (Monitoring) เสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพ จับคู่ บัดดี อสม.และผู้ป่วย และสร้างกลุ่มไลน์เพื่อเสริมพลัง อำนาจ การติดตามผลการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด ปลายนิ้ว (DTX) ของผู้ป่วยที่เป็นคู่บัดดี (กรณีไม่มี ผล DTX ผู้ช่วยนักวิจัยนัดผู้ป่วย NPO และเจาะเลือด เพื่อหาค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ในวันถัดไป

สัปดาห์ที่ 2-4 ติดตามทักษะการดูแลผู้ป่วย เบาหวานในชุมชน การเสริมพลังอำนาจ และเผยแพร่สื่อ ผ่านแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พร้อมเจาะ DTX โดย อสม.และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่

สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรม 5 ฐาน คือ

- 1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน ศักยภาพ/ความสำเร็จ/ปัญหาอุปสรรค
- 2) ทบทวนทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการ ออกกำลังกาย ด้านการจัดการอาหาร การจัดการอารมณ์ การจัดการยาและการรักษาตามนัด การส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูล
- 3) ทบทวนทักษะการเจาะเลือดหาค่าระดับ น้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) และการแปลผล
- 4) เสริมทักษะเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 5) การตั้งเป้าหมาย การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

สัปดาห์ที่ 6-7 ติดตามทักษะการดูแลผู้ป่วย เบาหวานในชุมชน การให้กำลังใจ และเผยแพร่สื่อ ผ่านแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พร้อมเจาะ DTX โดย อสม.และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่

สัปดาห์ 8 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสริมแรงตนเอง การให้กำลังใจ ถอดบทเรียน ประเมินผลหลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยสอบถามข้อมูลทั่วไป ความความรอบรู้สุขภาพ ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อประเมินผลในกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวานที่คู่บัดดี สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ และตรวจหรือบันทึกค่าน้ำตาล ในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน (มกราคม - กุมภาพันธ์ 2568) โดยการประเมินความพึงพอใจของ อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่องจาก อสม. และร่วมพิจารณาปรับปรุง เพิ่มเติมให้โปรแกรม มีความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่ม อสม.ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 18,696 คน
- 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัด พิษณุโลก จำนวน 65,543 คน

กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ คำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Taro Yamane (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 431 คน และผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 438 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการ จับสลากแบบไม่ใส่คืน

ขั้นตอนที่ 3-4 ทดลองใช้โปรแกรมฯ และประเมินผลของรูปแบบ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ เกณฑ์ของโพลิชแอนแบ็ก (Polit & beck, 2008) ได้กลุ่มตัวอย่าง อสม.จำนวน 32 คน และผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

(Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลาก ได้กลุ่มตัวอย่างอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

กำหนดเกณฑ์คัด อสม. เข้าการวิจัย คือ ปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีสมาร์ทโฟน สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อยู่ความรับผิดชอบ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลา ที่กำหนด หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย

3.2 ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย หัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบ งาน NCDs พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อสม. และผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รวมจำนวน 13 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

4.1 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) แถบตรวจน้ำตาล ในเลือด และแบบบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานทุกปี

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของ อสม. จำนวน 42 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด แปลผลระดับ ความรอบรู้เป็น 3 ระดับ ตามสูตรการแบ่งระดับ อันตรภาคชั้น คือ (คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด)/จำนวนชั้น แบ่งเป็นความรอบรู้ระดับน้อย (12-27 คะแนน) ระดับ ปานกลาง (28-43 คะแนน) และระดับมาก (44-60 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามกำหนด

เป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือก แปลผลระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามสูตรการแบ่งระดับอันตรภาคชั้น คือ ความรู้ ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ระดับ ปานกลาง (7-8 คะแนน) และระดับสูง (9-10 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ข้อคำถามข้อที่ 1-11 เป็นคำถามเชิงบวก ส่วนข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามเชิงลบ การแปลผลทักษะ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามสูตรการแบ่งระดับอันตรภาคชั้น คือ ทักษะ ระดับน้อย (12-19 คะแนน) ระดับปานกลาง (20-27 คะแนน) และระดับมาก (28-36 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติ เป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ เลย เป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ คือข้อที่ 8 กับ 14 การแปลผลพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามสูตรการแบ่งระดับอันตรภาคชั้น คือ พฤติกรรมสุขภาพ ไม่เหมาะสม (15-29 คะแนน) พฤติกรรมสุขภาพพอใช้ (30-44 คะแนน) และพฤติกรรมสุขภาพดี (45-60 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มศึกษา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดย อสม. ประกอบด้วย 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) สถานการณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในชุมชน 2) ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานในพื้นที่ 3) การดูแล ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภาวะ คุกคาม 4) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน 5) บทบาท และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดย อสม. ที่ควรเป็น และ 6) ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอื่น ๆ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจ
ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน
โดย อสม. จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก
ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด
แปลผลความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
ความพึงพอใจน้อย (10-23.33 คะแนน) ปานกลาง
(23.34-36.67 คะแนน) และมาก (36.68-50 คะแนน)

4.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

นำแบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน
3 ท่านตรวจสอบ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of
Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-
1.00

2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถาม
ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียง
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) ได้เท่ากับ 0.838 และ 0.798 ตามลำดับ

4.4 เครื่องมือใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม
พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ในชุมชนของ อสม. และแอปพลิเคชันไลน์

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1
ใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2 ดำเนินการในระหว่าง
พฤษภาคม - กรกฎาคม 2567 ระยะที่ 3 ใช้แบบสอบถาม
ชุดที่ 1 และ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม
2567 และระยะที่ 4 ใช้แบบสอบถามชุดที่ 4 ดำเนินการ
ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2568

5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย
เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการในระหว่างพฤษภาคม -
มิถุนายน 2567

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ
ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่
(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด
(Max) และค่าต่ำสุด (Min)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
ได้แก่ การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ตัวอย่าง (Paired
Sample t- test)

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้
วิธีการใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis)
แปลผลด้วยการสร้างประเด็นในลักษณะเป็นแผนภูมิ
รูปภาพ (Mind-maps) เพื่อให้เห็นประเด็นได้ชัดเจน
และอยู่ภายใต้พื้นฐานของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด
(สุภาภรณ์ สุธหนองบัว, 2562)

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัย
ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
พิษณุโลก เลขที่ IRRB of SCPHPL 2/2567.2.1 ลงวันที่
23 พฤษภาคม 2567 โดยคำนึงถึงหลักความเคารพ
ในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์
ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม
(Justice)

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จากการสนทนากลุ่ม
พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ
ของแพทย์ ต้องการให้ อสม. ที่ใกล้ชิดและไว้วางใจคอยดูแล
พยาบาลมีความเห็นว่า ผู้ป่วยมากขึ้น มีเวลาจำกัดในการ
พูดคุยทำความเข้าใจปัญหา หากมีคนใกล้ชิดผู้ป่วย
ที่สามารถดูแลได้ น่าจะดีขึ้น ส่วน อสม. เห็นว่า ผู้ป่วย
เบาหวานมีมากขึ้น เพราะการบริโภคอาหาร
ที่ไม่เหมาะสมทำได้ง่าย ยังขาดความมั่นใจว่าในความรู้อัน
และทักษะ การจัดตั้งกลุ่มไลน์จะทำให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่

ได้สะดวกขึ้น และควรมีเครื่องเจาะเลือดปลายนิ้ว
ตรวจเบาหวานสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้
เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ของ อสม. และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 พบว่า

1.1 กลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
85.39 อายุเฉลี่ย 52.72 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ
76.07 รายได้เฉลี่ย 5,146.25 บาทต่อเดือน จบการศึกษา
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 34.26 อาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 60.71 ระยะเวลาเป็น อสม.เฉลี่ย
15.04 ปี และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.64

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ของ อสม. (n=397) และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=407)

รายการ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	ระดับ
กลุ่มตัวอย่าง อสม. (n=397)				
รอบรู้ด้านสุขภาพ	60	37.19	6.95	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	10	5.93	1.04	ต่ำ
ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	36	24.23	3.52	ปานกลาง
กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=407)				
พฤติกรรมสุขภาพ	60	32.28	5.04	พอใช้
ค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX)	-	148.04	34.32	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่ม อสม. รอบรู้สุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 37.19, S.D. $\pm$ 6.95) ความรู้เกี่ยวกับ
โรคเบาหวานระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 5.93, S.D. $\pm$ 1.04) และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 24.23,
S.D. $\pm$ 3.52) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 32.28, S.D. $\pm$ 5.04) ค่าน้ำตาล
ในเลือดปลายนิ้ว (DTX) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 148.04, S.D. $\pm$ 34.32)

2. การออกแบบและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนโดย อสม. ได้นำผล
จากขั้นตอนที่ 1 ไปพัฒนาโปรแกรม กำหนดระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ โดยนำแนวคิดทฤษฎีของการเสริมสร้าง
พลังอำนาจ (Empowerment) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Practice
competency) และจับคู่บัดดี้ อสม.กับผู้ป่วย (1:1) จัดตั้งกลุ่มไลน์ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ ติดตาม สนับสนุน
นำร่องโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการปฏิบัติงานของ อสม.
และด้านการวิจัย ให้คำแนะนำและปรับปรุงกิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง มีรูปแบบและขั้นตอน
การดำเนินการ ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

แนวคิด หลักการ	รูปแบบและขั้นตอนการดำเนินการ
1) การเตรียมการและสร้างรากฐาน (เสริมพลังอำนาจ)	1) ประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจในเป้าหมาย ภารกิจ บทบาทหน้าที่ ความสำคัญในบทบาทของตนเอง 2) สร้างการมีส่วนร่วมโดยรับฟังแนวทางการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค วางแผนงาน กำหนดเป้าหมาย หรือเลือกดำเนินกิจกรรม 3) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสังเกต พูดคุย ทำความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน ติดตามรักษาโรค 4) กำหนดเป้าหมายผู้ป่วย Buddy ของตนเอง
2) การฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ตามทฤษฎีการรอบรู้ด้านสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ตามหลักการ K-shape เพื่อฝึก อสม. ให้รู้และเข้าใจ 5 ทักษะ เพื่อสามารถเป็น "ผู้ให้ข้อมูล" และ "ผู้ฝึกสอน" ให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	1) การเข้าถึงความรู้ (Access) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ ที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ เช่น คู่มือสุขภาพจากโรงพยาบาล เว็บไซต์ ของกระทรวงสาธารณสุข หรือข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยตรง 2) เข้าใจ (Understand) การให้ข้อมูลด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน อธิบายให้เห็นภาพและเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 3) ไต่ถาม (Questioning) การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ซักถาม เมื่อมีข้อมูลที่ไม่ตรงกันหรือยังไม่เข้าใจ เช่น การให้ผู้ป่วยจดคำถามที่สงสัยไว้ล่วงหน้า 4) ตัดสินใจ (Making Decision) การประเมินทางเลือกและตัดสินใจ เลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของตนเอง เช่น การเลือกเมนูอาหารที่ถูกปากแต่ยังดีต่อสุขภาพเบาหวาน 5) นำไปใช้ (Applying) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปปฏิบัติ โดยมี อสม. เป็นบัดดี้คอยให้กำลังใจและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
3) การฝึกอบรม ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ สถานการณ์ของโรค 2) ความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต 3 อ. 2 ส. เพื่อการสร้างพฤติกรรมแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การปรับอารมณ์ การงดบุหรี่ แอลกอฮอล์ การนอนหลับ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อสังคม 3) ทักษะดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร การรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน 4) ความรู้และทักษะในการกำหนดเป้าหมาย การควบคุมกำกับ 5) ทักษะในการใช้กลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างกลุ่ม การสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วย และเป็นเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน

แนวคิด หลักการ	รูปแบบและขั้นตอนการดำเนินการ
4) การดำเนินโครงการในพื้นที่ (ใช้หลักการความรอบรู้ด้านสุขภาพ K-shape และการเสริมพลังอำนาจ)	1) บัดดีเยี่ยมบ้าน - ติดตาม ประเมินอาการ/พฤติกรรมสุขภาพ/ประเมินภาวะสุขภาพ - สื่อสารความรู้ไปให้ผู้ป่วยจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ VDO สั้น - สร้างความเข้าใจ (Understand) อธิบายเรื่องเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และวิธีการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายที่สุด - ไต่ถาม (Questioning) การสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบและกล้าที่จะถามคำถามเมื่อมีข้อสงสัย - ตัดสินใจ (Making Decision) อสม. ช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม - นำไปใช้ (Applying) อสม. ติดตาม ให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรับอาหารหรือการออกกำลังกาย - อสม. ใช้ระบบกลุ่มไลน์ เพื่อประสานข้อมูลการดำเนินงาน 2) การประเมินผลและสร้างความยั่งยืน - จัดประชุม อสม. เพื่อแลกเปลี่ยนผลการทำงานและปัญหาที่พบ - จัดกิจกรรมให้ อสม. ได้นำเสนอผลความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะสร้างความภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม. - การสร้างเครือข่ายผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจให้กันเองอย่างต่อเนื่อง 3) การวัดความสำเร็จ การวัดผลด้านผลลัพธ์และผลกระทบ (Outcome and Impact Evaluation) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยของ อสม. - การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว - ความพึงพอใจของ อสม.และผู้ป่วย

ทีมวิจัยได้พิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมให้โปรแกรมฯ มีความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของ อสม. ภายใต้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) และการกำกับ ติดตาม ประเมินผล (Monitoring) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครในชุมชน

3. การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ออกแบบพัฒนาจากขั้นตอนที่ 2 ไปจัดกิจกรรมฯ จำนวน 8 สัปดาห์ ในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง อสม.และผู้ป่วย จำนวน 32 คน เข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่องจนครบ 8 สัปดาห์ เมื่อดำเนินกิจกรรมครบตามระยะเวลา ได้เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนกับหลังดำเนินการ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ อสม.ไปให้การดูแล ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยของ อสม. (n=32) พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ย น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=32)

รายการ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	t	p-value
กลุ่ม อสม.				
ความรู้ด้านสุขภาพ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	37.09	1.03	-11.042	<.001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	45.81	4.73		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	5.81	0.93	-9.513	<.001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	7.94	1.11		
ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	24.16	1.30	-12.712	<.001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	28.53	1.74		
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2				
พฤติกรรมสุขภาพ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	32.94	4.56	-11.590	<.001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	41.06	3.02		
น้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX)				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	148.69	23.07	3.124	.004**
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	142.47	14.93		

p-value<.01, * p-value<.001

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่ม อสม.มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของ อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรม และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจาก อสม. (n=32)

รายการ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	ระดับ
กลุ่มอสม. (n=32)	50	44.82	2.36	มาก
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=32)	45	41.09	3.11	มาก

จากตารางที่ 4 จากการประเมินความพึงพอใจของ อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วย พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัย

การวิจัย พบว่า ชุมชนมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่ขาดความมั่นใจในความรู้และทักษะ ขาดอุปกรณ์สนับสนุน และขาดความยอมรับจากผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อสม. ส่วนใหญ่รอบรู้สุขภาพระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับพอใช้ และค่าน้ำตาลปลายนิ้วในระดับสูง สะท้อนว่า มีการดูแลสุขภาพพอควร แต่อาจมีอุปสรรค จึงมีค่าน้ำตาลไม่พึงประสงค์

ผลการวิจัยหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ทั้งในกลุ่มตัวอย่าง อสม. และผู้ป่วยเบาหวาน โดยที่คะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ อสม. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $< .001$, $< .001$ ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $.004$ ตามลำดับ) การประเมินความพึงพอใจของ อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า อสม. และผู้ป่วยเบาหวาน มีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 44.82 และ 41.09 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว อาจเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพ สมควรนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในระดับชุมชนและนโยบายต่อไปได้

อภิปรายผลวิจัย

การศึกษาสถานการณ์และกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับต่ำ อาจเป็นเพราะข้อจำกัดในการให้ความรู้แก่ อสม. ที่ขาดการเน้นให้ความรู้ และการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุน

เครื่องมือหรือทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอ ส่งผลให้อสม. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับ ญัตติฯ ศรีบุญเรืองและคณะ (2563) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ยังต้องการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ไม่สอดคล้องกับ Chen et al. (2019) ในประเทศจีนที่พบ อาสาสมัครสุขภาพมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับสูง เหตุผลอาจเป็นเพราะในบางประเทศมีระบบการฝึกอบรมที่เป็นทางการและมีการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และทรัพยากรมากกว่า ทำให้ อสม. มีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างในบริบทที่แตกต่างกัน

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้บูรณาการแนวทางการเสริมพลังอำนาจ ผสมกับการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมให้ อสม. ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย เรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง ทำให้มั่นใจในการตัดสินใจ การมีระบบบัดดี้ช่วยให้ อสม. ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้มีแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการมอบบทบาทหน้าที่ สนับสนุนเครื่องมือและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การทำงานมีระบบ เป็นไปตามทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ Zimmerman (2000) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมและการตัดสินใจด้วยตนเอง ช่วยสร้างความมั่นใจและศักยภาพในการจัดการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Heisler (2007) ว่าการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) สามารถช่วยปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคเบาหวานได้ดี แต่ไม่สอดคล้องกับงาน Lee et al. (2018) ที่พบว่า การใช้ระบบบัดดี้ไม่ได้ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่มีทีมสหวิชาชีพเข้มแข็ง

ผลการประเมินโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพ ความรู้ และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลง เป็นเพราะโปรแกรมผสมผสานทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ

การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ รวมทั้งการติดตามต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่องและการนำไปปฏิบัติจริง ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model (Wagner et al., 2001) ที่พบว่าการสนับสนุนต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรังและยังสอดคล้องกับ WHO (2021) ที่กล่าวว่า เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งงานวิจัยของ ศิริพร ขำดี และคณะ (2562) พบว่าการอบรมให้ความรู้อย่างเดียวไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ ต้องผนวกกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านจิตสังคมเหมือนกิจกรรมในโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดย อสม. ครั้งนี้ เป็นการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในเชิงจิตวิทยาและเชิงโครงสร้าง ผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพ ในการอบรมความรู้ ฝึกทักษะผ่านคู่ buddy การมอบบทบาทแก่ อสม. การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อติดตาม สนับสนุน ทำคู่ buddy มีร่วมกันตัดสินใจในพฤติกรรมอย่างมั่นใจ ขณะเดียวเทคโนโลยีจะเป็นเครื่องมือเสริมให้เกิดการสนับสนุน ให้คำปรึกษา ทำให้คู่ buddy เกิดความเชื่อมั่นกันมากขึ้น เพราะกลุ่มไลน์มีผลต่อการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ อสม. ซึ่งผลจากการเข้าโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อสม. และผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก ดังนั้น จึงควรนำเอารูปแบบกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ทั้งเชิงจิตวิทยาและเชิงโครงสร้าง สนับสนุน ผสานผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพและการจับคู่ buddy รวมทั้งการนำเทคโนโลยี (Digital Health) มาใช้ในการจัดบริการสุขภาพ ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อ

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเพื่อหาวิธีการเสริมพลังอำนาจที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน หรือการเพิ่มพลังอำนาจในการสร้างหรือการมีพฤติกรรมสุขภาพในโรคหรือด้านอื่นๆ หรืออาจศึกษาเจาะลึกในกระบวนการ วิธีการเสริมพลังอำนาจที่หลากหลายให้กับประชาชนรายบุคคล กลุ่ม ชุมชน ในการตัดสินใจเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>.
- ณัฐญา ศรีบุญเรือง และคณะ. (2563). การพัฒนาศักยภาพอสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 16(2), 45–56.
- ภีรกาญจน์ ไคนุ่นนา, พนม คลีฉายา และคณะ. (2566). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสาธารณสุข.
- ศิริพร ขำดี และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(2), 112-120.
- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2562). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: สถานการณ์และการดูแลด้านสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2567). *รายงานประจำปี 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก*. <https://cloud.plkhealth.go.th>.
- Chen, L., et al. (2019). Community health workers' role in diabetes management in rural China.

- BMC Public Health*, 19, 1471.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7815-2>.
- Heisler, M. (2007). Overview of peer support models to improve diabetes self-management and clinical outcomes. *Diabetes Spectrum*, 20(4), 214–221.
<https://doi.org/10.2337/diaspect.20.4.214>
- Lee, Y. J., et al. (2018). Effect of peer support on diabetes self-management and glycemic control in Korea. *Patient Education and Counseling*, 101(4), 710–718.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.006>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (2001). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 79(4), 511–544.
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00214>
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper and Row.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43–63). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-62>