

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ชูไวยะห์ แวป้อราเฮง¹, นิปัทมา บาปุ¹, นูรฮิเตายะห์ บาโด¹, สาลี อินทร์เจริญ^{1*}, กมลรัตน์ นุ่นคง¹, วิลาวรรณ ศรีพล¹,
สุพัตรา ใจเหมาะ¹ สิริมา วังพะยอม¹ และอดิศักดิ์ ศรีละออง¹

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*salee@scphtrang.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 46 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 8 สัปดาห์ และแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษา พบว่า 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.93 \pm 0.48$) 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการจัดเวทีประชาคม และการประชุมกลุ่มเฉพาะ (2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ มีกิจกรรมให้ความรู้ ใส่ใจอาหาร ใส่ใจสุขภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การออกกำลังกาย บุคคลต้นแบบ และ Health Diary (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ได้รับความรู้ ได้ออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีการติดตามสมุดบันทึกสุขภาพ และการประกวดต้นแบบ และ 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบ พบว่า ความรู้ พฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ และค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังใช้รูปแบบลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถของตนเอง



The Community Participation in Self-Care of Uncontrolled Diabetes Patients Moo 6, BanThamaprao, Tambon Khaokob, Amphoe Huaiyot, Changwat Trang

Suwaibah Waebueraheng¹ Nipatma Bapu¹ Nurhidayah Bado¹, Salee Incharoen^{1*}, Kamonrat Nunkong¹,
Wilawan Sripon¹, Supattra Jaimoa¹ Sirima Wangpayom¹ and Adisak Srilaong¹

¹ Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health, Praboromarajchanok Institute

*salee@scphtrang.ac.th

Abstract

This participatory action research aimed to 1) study the community participation 2) develop a model for community participation and 3) study the effectiveness of the community participation in self-care of uncontrolled diabetes patients Moo 6, Ban Thamaprao, Tambon Khaokob, Amphoe Huaiyot, Changwat Trang. The samples of study were 46 stakeholders and uncontrolled diabetes patients, 14 samples. The tools used in this research contain: community participation model had period is 8 weeks, and questionnaire. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon-signed rank test.

The results showed that 1) The overall community participation was at a high level ($\bar{X} = 3.93 \pm 0.48$). 2) The model of community participation consisted of 4 steps: (1) participation in decision-making; public forum and focus group discussion, (2) participate in operations by educational, food-conscious activities, health-conscious with food model, experience exchange, exercise, role model, and health diary, (3) participatory in gain benefits, increase gaining knowledge, exercising, having better self-care behaviors and (4) participating in the evaluation by tracking exercise and assessing the progress of the health diary. 3) Effectiveness of the community participation model found that knowledge, self-care behaviors and self-efficacy after using the model was higher than before using the model and blood glucose after using the model decreased than before using the model at statistically significant level of 0.05.

Keywords: Community Participation, Self-Care, Diabetes Patients, Blood Glucose, Self-efficacy

1. บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง [1] การเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น เบาหวานขึ้นจอประสาทตาจนทำให้ตาบอด มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะจนทำให้เป็นโรคไตเสื่อม หลอดเลือดที่ขาเสียหาย ซึ่งมักเป็นร่วมกับอาการเท้าชา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน จนบางรายต้องตัดขา และยังทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมอง เมื่อมีการอุดตันหรือแตกทำให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และคนใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและ ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมหาศาล [2] การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ดีที่สุด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด (HbA1C น้อยกว่า 7) [3]

ในปี พ.ศ. 2564 สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคนและ คาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน [1] โดยในจังหวัดตรัง มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 32,931 คน ในพื้นที่อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 4,645 คนในพื้นที่ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 439 คน โดยในพื้นที่ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 22 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 8 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 14 คน [4]

จากการศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพชุมชน หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง และร่วมกันจัดทำเวทีประชาคมหมู่บ้านของประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน พบว่า ปัญหากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอยู่ที่ร้อยละ 36.36 (เกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ≥ 40) ซึ่งเป็นปัญหาที่ชุมชนต้องการให้แก้ไขมากที่สุด ในการควบคุมโรคเบาหวานมีความสำคัญในการลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ซึ่งหากไม่มีแก้ปัญหาดังกล่าว จะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อาจถึงขั้นพิการ และเสียชีวิตได้ รูปแบบการแก้ไขปัญหาเดิมเป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพจากหน่วยงานสาธารณสุข ยังไม่มีการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย ในการสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้กับชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

จากสถานการณ์ดังกล่าวการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จึงมีความสำคัญ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมของตัวบุคคลนั้นเป็นสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ของ Cohen & Uphoff [5] และการดูแลตนเอง ของ Orem [6] และการรับรู้ความสามารถของตนเอง [7] เพื่อให้ประชาชน และชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม มีสุขภาพที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง



2.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอยะยง จังหวัดตรัง

3. ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff [5] โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care Theory) [6] ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) [7]

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 การศึกษาการมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ แกนนำชุมชน จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ จำนวน 7 คน นักวิจัย จำนวน 3 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 8 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 14 คน รวมจำนวน 46 คน

3.2.2 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วม คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอยะยง จำนวน 14 คน (ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาการมีส่วนร่วม)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอยะยง จังหวัดตรัง ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบใช้กระบวนการประชุมกลุ่มเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้เทคนิค AIC เพื่อกำหนดกิจกรรมในการแก้ปัญหาตามสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ได้กิจกรรมใช้เวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่

3.3.1.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบด้วย การจัดเวทีประชาคมภายในชุมชน การร่วมกันเสนอความคิดเห็นโดยทำการประชุมกลุ่มเฉพาะ (Focus group discussion)

3.3.1.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้ กิจกรรมใส่ใจอาหาร ใส่ใจสุขภาพ ด้วย Food Model กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมบุคคลต้นแบบ และกิจกรรม Health Diary

3.3.1.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประกอบด้วย ได้รับความรู้ ได้ออกกำลังกาย ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และได้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

3.3.1.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประกอบด้วย มีการติดตามสมุดบันทึกสุขภาพ และตัดสินใจผลการประกวดต้นแบบ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม

2) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน

3.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเฉพาะ และการสังเกต

3.3.2.3 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Dextrostix; DTX)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 -1.00

3.4 ข้อมูลพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration)

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่ P087/2565 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังเข้าการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed Rank test

4.3 สถิติเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการประชุมกลุ่มเฉพาะ

5. ผลการศึกษา

5.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียครั้งนี้ มีจำนวน 46 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.61 มีอายุเฉลี่ย 51.70 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.30 และมีบทบาททางสังคมเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 30.43

5.1.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (n=46)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.88	0.39	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.90	0.59	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.93	0.44	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.99	0.48	สูง
ภาพรวม	3.93	0.48	สูง



จากตารางที่ 1 พบว่า การมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (3.93 ± 0.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (3.99 ± 0.48) ส่วนการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (3.90 ± 0.59)

5.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

5.2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

5.2.1.1 ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน โดยการจัดเวทีประชาคม มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ได้แก่ ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

5.2.1.2 ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาวางแผนเพื่อพิจารณาเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันร่วมวิธีการในการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร่วมกันเสนอความคิดเห็น โดยทำการประชุมกลุ่มเฉพาะ (Focus group discussion) ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

5.2.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

5.2.2.1 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยมีการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้า การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

5.2.2.2 กิจกรรมใส่ใจอาหาร ใส่ใจสุขภาพ ด้วย Food Model จัดแสดง สาธิต สอนการเลือกบริโภคอาหาร บรรยายให้ความรู้โดยวิทยากรรับเชิญ ในเรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ วิธีการรับประทานอาหาร และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงแนะนำอาหารแลกเปลี่ยนด้วย Model อาหาร และการเปรียบเทียบอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เห็นได้ชัดเจนขึ้น

5.2.2.3 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยผู้มีประสบการณ์โดยตรง ทั้งผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2.2.4 กิจกรรมออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า และเต้นแอโรบิก โดยมีการสาธิตวิธีการออกกำลังกาย และแจกสมุดคู่มือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายทุกวัน รวมทั้งติดตามการออกกำลังกายทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดีตามบ้านกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

5.2.2.5 กิจกรรมบุคคลต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จัดการประกวด ผู้เป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การจดบันทึกการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ควบคู่กับการดูแลของค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง โดยติดตามประเมินผลจากสมุดบันทึกคู่มือสุขภาพ ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดีตามบ้านกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

5.2.2.6 กิจกรรม Health diary สมุดบันทึกสุขภาพ ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคู่กับการติดตามการบันทึกสมุดคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

5.2.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ประกอบด้วย การได้รับความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม การได้ออกกำลังกาย การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และการมอบเกียรติบัตรจากการประกวดบุคคลต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

5.2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และการตัดสินใจการประกวดบุคคลต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

5.3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

5.3.1 การศึกษาเชิงปริมาณ

5.3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.57 มีอายุเฉลี่ย 58.00 ปี มีค่า HbA1c เฉลี่ย 7.96 mg% กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.43 การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.29 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.14 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.67 ปี

5.3.1.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=14)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	Z ^a	p-value
ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
ก่อนการใช้รูปแบบ	5.00	2.09	-4.351	0.02*
หลังการใช้รูปแบบ	7.29	1.88		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.77	0.42	-3.413	0.003**
หลังการใช้รูปแบบ	4.13	0.42		
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.82	0.36	-3.650	0.003**
หลังการใช้รูปแบบ	4.01	0.32		
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด				
ก่อนการใช้รูปแบบ	218.79	128.20	-176.512	0.002**
หลังการใช้รูปแบบ	183.36	134.72		

a = Wilcoxon signed-ranks test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.01 ตามลำดับ และค่าระดับน้ำตาลในเลือด หลังการใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



5.3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อกิจกรรมอันเกิดจากการร่วมกันแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผนการปฏิบัติ ร่วมกันดำเนินการ ร่วมกันรับผลประโยชน์ตลอดจนร่วมกันประเมินผลกิจกรรม ผู้วิจัยนำความคิดเห็นของประชาชนที่สะท้อน และคืนข้อมูลกับผู้วิจัยมาปรับปรุง แก้ไข พัฒนากิจกรรมให้สมบูรณ์แบบยั่งยืนในครั้งต่อไป โดยกิจกรรมในรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมู่ที่ 6 บ้านท่ามะพร้าว ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยภาพรวม พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีความสนใจในทุกกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมออกกำลังกาย และกิจกรรม Health diary สมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ และผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เสนอให้เพิ่มกิจกรรมในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น ออกกำลังกายเดินบาสโลบ รวมถึงอยากให้ อสม. ติดตามกิจกรรมอยู่ตลอด เพื่อความต่อเนื่องและความยั่งยืน ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์

“ป่าเห็นในสมุดที่นี่ยแจกมีทำออกกำลังกายที่นี่ยทำให้ป่าแลกันนุ้ ดีหนัดเลยนุ้กิจกรรมนี้ ป่าแลทำออกกำลังกายในสมุดที่นี่ยแจกนี้แหละไปออกกำลังกายที่บ้าน ป่าอยากให้มีออกกำลังกายบาสโลบด้วย และติดตามอยู่ตลอด” (เพศหญิง อายุ 62 ปี)

“ลูกเอ่อ สมุดที่ให้ดีมากเลย ได้จดว่าวันนี้กินไร้มั้ง ได้ควบคุมอาหารการกินของเราเอง ได้จำด้วยว่าวันนี้กินไร้มั้ง เมื่อวานกินไร อี้ได้ไม่ลืม” (เพศชาย อายุ 58 ปี)

6. สรุปและอภิปรายผล

6.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.93\pm 0.48$) โดยทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\bar{X}=3.99\pm 0.48$) ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ($\bar{X}=3.93\pm 0.44$) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (3.90 ± 0.59) และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{X}=3.88\pm 0.39$) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ร่วมประชุมเพื่อนำเสนอเรื่องต่าง ๆ โดยแสดงให้เห็นว่าเป็นความต้องการของชุมชนเอง และเพื่อเป็นประโยชน์ของชุมชนเอง ร่วมกันประชุมวางแผนขั้นตอนการดำเนินงานของกิจกรรม เข้าร่วมกิจกรรม และการกำหนดแหล่งของทรัพยากรชุมชน ทำให้ชุมชนได้รับผลประโยชน์ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม ส่งผลให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้น นอกจากนี้ ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเลือกปัญหาของชุมชน การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการแนะนำประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมโครงการ การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้ได้รับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน และได้มีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phimlada Anansirikasem & Thitichaya Chalardlon [8] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

6.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การ ให้ข้อมูลสุขภาพชุมชน คัดเลือกปัญหาหรือให้คะแนนปัญหาที่ได้จากการสำรวจในแต่ละองค์ประกอบ การจัดเวทีประชาคม ได้รับความร่วมมือจากแกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้วิจัย หลังจากได้ปัญหา ประชาชนได้ร่วมกันเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา คิดค้นวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยวิธีการประชุมกลุ่มเฉพาะ (Focus group) โดยใช้เทคนิค AIC ร่วมกัน

วางแผนพิจารณา เลือกแนวทางในการแก้ไขตามสาเหตุของปัญหา ได้รูปแบบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมใส่ใจอาหาร ใส่ใจสุขภาพ ด้วย Food Model 3) กิจกรรมออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า และเดินแอโรบิค 4) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง 5) กิจกรรมบุคคลต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 6) กิจกรรม Health diary สมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องการศึกษาของ Phimlada Anansirikasem & Thitichaya Chalardlon [8] ที่มีการจัดกิจกรรมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้ 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ อบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Natnicha Harnlue et al. [9] 2) กิจกรรมใส่ใจอาหาร ใส่ใจสุขภาพ ด้วย Food Model จัดแสดง สาธิต สอนการเลือกรับบริโภคอาหาร การให้ความรู้เรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Thitarat Koses et al. [10] 3) กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน เชิญผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเกิดภาวะแทรกซ้อนในเท้า ซึ่งทำไปสู่การสูญเสียเท้า วิธีการดูแลตนเองหว่างก่อน และหลังการเกิดภาวะแทรกซ้อน การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเอง 4) กิจกรรมออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า และการเดินแอโรบิค การสาธิตวิธีการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า ทั้ง 7 ท่า และการเดินแอโรบิค รวมถึงแจกสมุดคู่มือการออกกำลังกาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายทุกวัน มีการติดตามการออกกำลังกายทุกวัน ผ่านแอปพลิเคชัน กลุ่มไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Natnicha Harnlue et al. [9] 5) กิจกรรมบุคคลต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จัดการการประกวดผู้เป็นตัวอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจดบันทึกการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ควบคู่กับการดูแลสุขภาพของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง โดยติดตามประเมินผลจากสมุดบันทึกคู่มือสุขภาพทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี ที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Natnicha Harnlue et al. [9] และ 6) กิจกรรม Health diary สมุดบันทึกสุขภาพ ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามการบันทึกสมุดคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thitarat Koses et al. [10] ที่มีการจัดกิจกรรมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ทำให้สามารถมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ได้ออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า และเดินแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Natnicha Harnlue et al. [9] ได้พูดคุย เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากการเข้าร่วมกิจกรรมเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง มีการมอบเกียรติบัตร พร้อมของที่ระลึก แก่กลุ่มตัวอย่างที่บ้านที่การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ควบคู่กับการดูแลสุขภาพของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาการให้รางวัลตามเกณฑ์การประกวด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff [5]

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างบันทึกการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการประเมินผลและติดตามการบันทึกข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บรวบรวมจากสมุดบันทึกคู่มือสุขภาพ มีการดำเนินการติดตามทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff [5] กล่าวว่าการร่วมกันประเมินผล ได้ร่วมกันติดตามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ร่วมกัน



ประชุมเสนอแนะความคิดเห็นในการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Thitarat Koses et al. [10] และผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจผลการประกวดสมุดบันทึกคู่มือสุขภาพ จากการบันทึก การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง ของกลุ่ม ตัวอย่าง ควบคู่กับการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Natnicha Harnlue et al. [9]

6.3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=7.29\pm 1.88$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=5.00\pm 2.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า การสาธิตวิธีทำความสะอาดเท้าที่ถูกต้อง และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ นี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความเข้าใจความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในทางที่ดีขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของ Orem [6] ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ และการกระทำ ที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเองในด้านความนึกคิด การรับรู้การกระทำ และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Natnicha Harnlue et al. [9]

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=4.13\pm 0.42$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=3.77\pm 0.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบการมีส่วนร่วมนั้น กลุ่มตัวอย่างได้มีการเรียนรู้ที่จะหาแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง และรู้ว่าความสามารถของตนเองมีมากพอ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จนทำให้มีความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามแนวคิดของ Bandura [7] ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการที่บุคคลกระทำ และประสบความสำเร็จด้วยตนเองจะส่งผลให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น จนทำให้มีความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ รวมถึงการเห็นแบบอย่างจากบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนกระทำพฤติกรรมใด ๆ แล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้ผู้สังเกตรับรู้ว่าตนเองนั้นก็สามารถที่จะกระทำหรือประสบความสำเร็จได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Natnicha Harnlue et al. [9]

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=4.01\pm 0.36$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=4.01\pm 0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบมีการดำเนินกิจกรรมที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เช่น มีการติดตามการจดสมุดบันทึกคู่มือสุขภาพ การติดตามการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า และการเดินแอโรบิค รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้ความร่วมมือการดำเนินกิจกรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการดูแลสุขภาพตนเองด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง เป็นไปตามแนวคิดของ Orem [6] ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ นิสัย ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม รวมถึงการปฏิบัติตามลักษณะของกลุ่มคนในสังคมเป็นผลให้เกิดความรู้ในการดูแลตนเองขึ้น การดูแลตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นความต้องการที่จำเป็น เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Wacharaporn Nalikul et al. [11]

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=183.36\pm 134.72$) ลดลง

กว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X}=218.79\pm134.72$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบมีการดำเนินกิจกรรมที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการติดตามการจดสมุดบันทึกคู่มือสุขภาพ การติดตามการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า และการเดินแอโรบิก รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้ความร่วมมือการดำเนินกิจกรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการดูแลสุขภาพตนเองด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง เป็นไปตามแนวคิดของ Orem [6] ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ นิสัยขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม รวมถึงการปฏิบัติตามลักษณะของกลุ่มคนในสังคมเป็นผลให้เกิดความรู้ในการดูแลตนเองขึ้น การดูแลตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นความต้องการที่จำเป็น เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Thitarat Koses et al. [10]

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

7.1.1 จากการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้นจึงสามารถนำรูปแบบการมีส่วนร่วมในครั้งนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในพื้นที่อื่นได้

7.1.2 จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากทุกขั้นตอน ซึ่งทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ดังนั้นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจึงสามารถสร้างความยั่งยืนในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ได้

7.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

7.2.1 ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตาม และประเมินผลการวิจัยในระยะยาว อย่างน้อย 3 เดือน เพื่อติดตามระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดด้วยการตรวจ HbA1c ซึ่งเป็นค่าที่มีความแม่นยำมากขึ้น

7.2.2 ควรเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจที่หลากหลาย เพื่อร่วมกันระดมความคิด กำหนดเกณฑ์ และวิธีการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น เพิ่มกิจกรรมออกกำลังกายด้วยยางยืด ไร่ไทเก๊ก เต้นบาสโลบ ตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรม หรือเพิ่มการติดตามการประเมินผลของกิจกรรมให้มากขึ้น

8. เอกสารอ้างอิง

[1] Department of Disease Control. (2021). *Report on the situation of diabetes patients in Thailand*.

Nonthaburi: Department of Disease Control. (In Thai)

[2] Diabetes Association of Thailand. (2017). *Category 1 Diabetes [Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017]*. 3rd edition. Romyen Media Co., Ltd.

[3] Wichai Aekplakorn. (2016). *The 5th Survey of Thai Public Health by Physical Examination, 2014*.

Bangkok: Health Systems Research Institute. (In Thai)

[4] Nongprue Primary Care Unit. (2022). *Diabetic patient register in Nongprue Primary Care Unit*. Trang: Nongprue Primary Care Unit. (in Thai)

[5] Cohen & Uphoff, (1977). *N.T. Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.



- [6] Orem, D.E. (1995). *Nursing Concepts of Practice. 5th Edition*. Mosby, Boston.
- [7] Bandura, A. (1986). *Social foundations thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- [8] Phimlada Anansirikasem & Thitichaya Chalardlon. (2017). Development of participatory health promotion model for elderly patients with type 2 diabetes mellitus: Case study of Ladbuakhaw subdistrict Banpong distric, Rachaburi Province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(3), 921-937. (In Thai)
- [9] Natnicha Harnlue, Supatsorn Simud, Suwimonrat Robroojane, & Pakin Chuchuy. (2018). The Effectiveness of Self-Care Program for Type Non-InsulinDependent II Diabetes, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 1(2), 20-31. (In Thai)
- [10] Thitarat Koses, Wilawan Tuanrat & Sivaporn Aungwattana. (2022). Effects of a Self-Regulation Program on Dietary Management and Blood Sugar Levels Among Persons with Uncontrolled Type 2 Diabetes In a Community. *Nursing Journa*. 49(2), 55-68. (In Thai)
- [11] Wacharaporn Nalikul, Lumpri Tansar, & Surapa Pilaon. (2020). Effects of a self-management supporting program on glycemic control for patients with uncontrolled diabetes in Puai Noi Hospital, Khon Kaen province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 2(1), 77-90. (In Thai)