

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ
และหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก จังหวัดบึงกาฬ

กฤษณา ทุมโยมา**,
ทิวจิรนา บุญชู***, ภริดา อาจิชัย*, ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 36 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) การให้ความรู้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ (2) การฝึกทักษะ (3) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ (4) การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.22) อายุเฉลี่ย 62.94 ± 6.98 ปี พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.001$) จาก 2.79 ± 0.08 เป็น 3.62 ± 0.11 และพฤติกรรมทุกด้านมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมอาหาร และการติดตามอาการผิดปกติ ส่วนความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก $23.16 \pm 9.74\%$ เป็น $21.09 \pm 8.48\%$ การบูรณาการแนวคิดการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถตนเองผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย ช่วยสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนในผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจและหลอดเลือด, คะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, พฤติกรรมสุขภาพ

* อีเมลผู้รับผิดชอบบทความ: phirada.a@nrru.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก อำเภอร่องเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

*** นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Effectiveness of a Self-Management Program on Cardiovascular Risk Reduction Among Patients with Diabetes Mellitus at Pa Faek Subdistrict Health Promoting Hospital, Bueng Kan Province

Kunthakan Thumyoma**,
Thitthithana Boonchu***, Phirada Ardwichai *, ****

Abstract

This study employed a one-group pretest-posttest quasi-experimental design to evaluate the effectiveness of a self-management program in reducing cardiovascular risk among patients with diabetes mellitus at Pa Faek Subdistrict Health Promoting Hospital, Bueng Kan Province. The sample comprised 36 patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus, chosen using simple random sampling. The intervention spanned 12 weeks and included four primary activities: knowledge dissemination through workshops, skill-development exercises, home-visit follow-ups, and monitoring via the LINE application.

The results showed that 72.22% of participants were female, with a mean age of 62.94 ± 6.98 years. Self-management behaviors showed a significant improvement at the 0.05 level of significance ($p < 0.001$), increasing from 2.79 ± 0.08 to 3.62 ± 0.11 . Statistically significant improvements were observed across all behavioral areas ($p < 0.001$), including medication adherence, physical activity, stress management, food regulation, and symptom monitoring. Moreover, the risk of cardiovascular disease, as quantified by the Thai CV Risk Score, showed a significant reduction ($p < 0.001$), declining from $23.16 \pm 9.74\%$ to $21.09 \pm 8.48\%$. The integration of self-management theory, social support, and self-efficacy through a comprehensive, activity-oriented strategy facilitated sustained behavior change in individuals with diabetes mellitus.

Keywords: self-management, diabetes mellitus, cardiovascular disease, Thai CV Risk Score, health behavior

* Corresponding author E-mail: phirada.a@nrru.ac.th

** Registered Nurse, Professional Level, Pa Faek Subdistrict Health Promotion Hospital, Phon Charoen District, Bueng Kan Province.

*** Public Health Professional, Professional Level, Bueng Kan Hospital.

**** Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University.

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นวิกฤตสุขภาพและสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2022 องค์การอนามัยโลกรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 19.8 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 32% ของการเสียชีวิตทั่วโลกทั้งหมด (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์มีความรุนแรงสอดคล้องกัน โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 31.5 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (พริษฐ์ชา แซ่โจ้ว, 2567)

สถานการณ์ดังกล่าวทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนทั่วไปถึง 2-4 เท่า (ไพฑูรย์ เบญจพรเลิศ, 2568) เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังส่งผลให้เกิดการเสื่อมของผนังหลอดเลือดและนำไปสู่โรคหลอดเลือดแดงแข็งตีบตัน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2567) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ จะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดให้สูงขึ้น (ธรรมรัตน์ วาวงศ์มูล, 2567) จากการวิเคราะห์แนวโน้ม 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565-2567) พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคระบบไหลเวียนโลหิต (รวมโรคหัวใจและหลอดเลือด) ของประชากรไทยยังคงทรงตัวอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 130.3, 125.5 และ 129.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก จังหวัดบึงกาฬ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก, 2568) โดยพบจำนวนผู้ป่วย 58, 60 และ 63 คน ตามลำดับ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยล่าสุดจำนวน 63 คนนั้น พบว่าร้อยละ 39.65 มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) มากกว่า 7% ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า (CV Risk Score) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 60.32 ตกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับสูงถึงสูงอันตราย ($\geq 20\%$) ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการขาดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง ทั้งในด้านการใช้ยา โภชนาการ และการออกกำลังกาย ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลรักษาในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

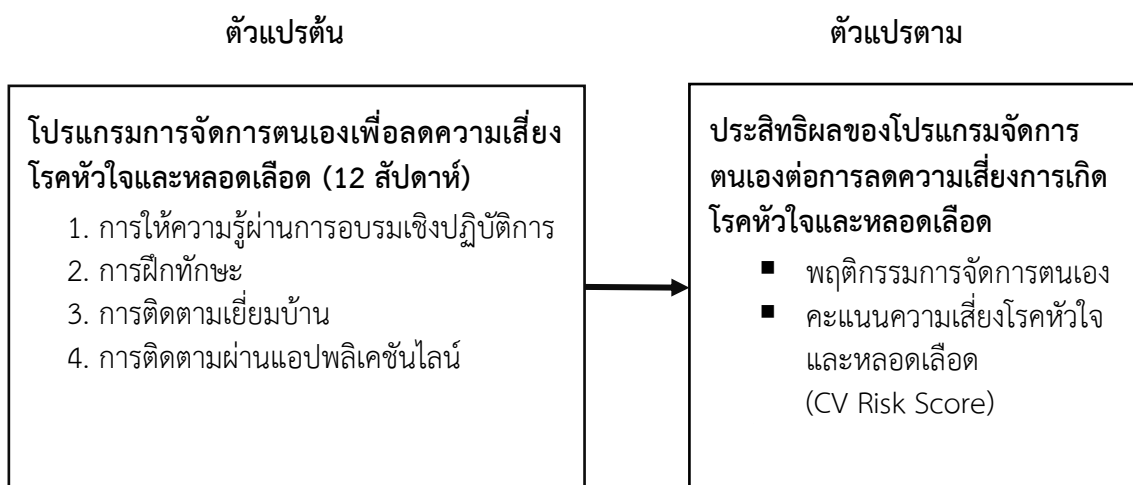
แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Lorig and Holman (2003) ประกอบด้วยภารกิจหลัก 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการแพทย์ การจัดการบทบาทในชีวิตของตนเอง และการจัดการอารมณ์ ผ่านทักษะ 6 ประการ ได้แก่ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การใช้ทรัพยากร การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพ การวางแผนปฏิบัติ และการปรับให้เหมาะกับตนเอง โดยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การจัดการตนเองมีประสิทธิภาพ (Lorig and Holman, 2003) แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภัสสร เดิมขุนทด และคณะ (2565) ที่นำแนวคิดการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMES) ซึ่งเป็นกระบวนการบูรณาการระหว่างการให้ความรู้ (DSME) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (DSMS) เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยโปรแกรมที่มีประสิทธิผลควรดำเนินการตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน ตั้งเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติ และติดตามประเมินผล สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Chowdhury และคณะ (2024) พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-Management Education: DSME) สามารถลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมี

นัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานการให้ความรู้แบบพบหน้ากับการติดตามผ่านเทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ American Diabetes Association (2024) ที่ระบุให้ DSME เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อ (1) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และ (2) ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก อำเภอรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระยะ 12 สัปดาห์ ทั้งนี้ผลที่ได้จะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึงเดือน สิงหาคม 2568 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก อำเภอรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 63 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนด Power of test = 0.80, ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 และ Effect size = 0.50 (ระดับปานกลางตามเกณฑ์ Cohen, 1988) ได้ 34 คน เพิ่ม 5% เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมเป็น 36 คน กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากจากทะเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (2) อายุ 35-70 ปี (3) สื่อสารภาษาไทยได้ (4) ใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และ (5) ยินยอม เข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากเบาหวานที่ต้องนอนโรงพยาบาล (2) มีโรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และ (3) มีความบกพร่องทางสติปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและ ข้อมูลภาวะสุขภาพ (2) แบบประเมิน Thai CV Risk Score ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2558) ใช้ประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ระยะ 10 ปี จากปัจจัยเสี่ยง 7 ตัว ได้แก่ เพศ อายุ ความดันโลหิตซิสโตลิก การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ดัชนีมวล กาย และรอบเอว (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 35 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การ รับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการติดตามอาการผิดปกติ ใช้ มาตรฐานวัด Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และ ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน เฉลี่ยดังนี้ 1.00-2.33 หมายถึงระดับต่ำ, 2.34-3.67 หมายถึงระดับปานกลาง, และ 3.68-5.00 หมายถึงระดับดี และ (4) แบบบันทึกผลการตรวจทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน และ อาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน มีค่า CVI ≥ 0.80 และได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นได้ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานนี้ พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการจาก 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ (1) แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ที่เน้นเสริมทักษะการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การใช้ทรัพยากร การประสานงานกับ ทีมสหวิชาชีพ และการลงมือปฏิบัติจริง ร่วมกับ (2) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่ครอบคลุมการสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินคุณค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร เพื่อสร้างเครือข่าย ช่วยเหลือรอบตัวผู้ป่วย และ (3) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่มุ่งสร้างความ เชื่อมั่นในตนเองผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ การมีตัวแบบที่ดี การได้รับคำชักจูง และการจัดการสภาวะอารมณ์ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (3 ชั่วโมง) จัดปฐมนิเทศชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน สร้างสัมพันธภาพ ขอความยินยอม เก็บข้อมูลพื้นฐาน ตรวจร่างกาย เจาะเลือด แจกคู่มือการจัดการตนเองและสมุดบันทึก พร้อม จัดตั้งกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการติดตาม

สัปดาห์ที่ 2 (3 ชั่วโมง) ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด โรคไต เรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ครอบคลุมกลไกการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงด้วย Thai CV Risk Score และอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์

สัปดาห์ที่ 3 (3 ชั่วโมง) ให้ความรู้แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เน้นการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติเบื้องต้น และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 4 (3 ชั่วโมง) ฝึกทักษะการจัดการยา การอ่านฉลาก การสังเกตผลข้างเคียง และการบันทึกอาการผิดปกติ โดยใช้ยาจริงในการฝึกปฏิบัติ พร้อมให้คำแนะนำรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 5 (3 ชั่วโมง) ฝึกการเลือกและประกอบอาหารลดหวาน มัน เค็ม สาธิตทำออกกำลังกายที่ปลอดภัย และสอนเทคนิคการจัดการความเครียด ได้แก่ การหายใจลึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ และการจินตนาการเพื่อผ่อนคลาย

สัปดาห์ที่ 6 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (45-60 นาทีต่อครอบครัว) ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ตรวจสอบการใช้ยา และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 7 การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ครั้งที่ 1 ส่งข้อมูลความรู้ แจ้งเตือนกิจกรรมตอบคำถาม ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจ สำหรับผู้ที่ติดต่อผ่านแอปพลิเคชันไม่ได้ จะมีการติดตามทางโทรศัพท์แทน

สัปดาห์ที่ 8 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (45-60 นาทีต่อครอบครัว) ตรวจสอบสมุดบันทึก เกี่ยวกับการรับประทานยา การออกกำลังกาย อาหารที่รับประทาน สังเกตการปฏิบัติจริง วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ทบทวนทักษะที่จำเป็น และตรวจวัดความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 9 การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 7 โดยเน้นติดตามประเด็นที่ได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และส่งข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

สัปดาห์ที่ 10 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (45-60 นาทีต่อครอบครัว) ประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง ให้คำชมเชยและเสริมพลัง ร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองในระยะยาว ทบทวนการเตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน

สัปดาห์ที่ 11 การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 7 และ 9 โดยเน้นการเตรียมตัวสำหรับการประเมินผล แจ้งกำหนดการ สถานที่ และคำแนะนำในการเตรียมตัว เช่น การงดอาหารก่อนเจาะเลือด การนำสมุดบันทึกมาด้วย

สัปดาห์ที่ 12 (3 ชั่วโมง) ประเมินผลหลังการทดลอง (2 ชั่วโมง) ครอบคลุมความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเอง การตรวจร่างกาย และการตรวจทางคลินิก จากนั้นจัดประชุมกลุ่มสรุปบทเรียนและวางแผนการติดตามผลระยะยาว (1 ชั่วโมง)

ตลอดระยะเวลาของโปรแกรม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed-rank test ใช้เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกายก่อนและหลังการทดลอง เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีระดับการวัดแบบอันดับ (Ordinal scale) และเป็นข้อมูลที่วัดซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดิม ทั้งนี้การวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่วิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติสูบบุหรี่ ($n = 10$) และ paired t-test ใช้เปรียบเทียบน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด

(DTX) พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เลขที่ BKP 2025-026 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.22) อายุเฉลี่ย 62.94 ± 6.98 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 97.22) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.67) มีรายได้เฉลี่ย $8,750 \pm 3,215$ บาท ต่อเดือน และมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9.28 ปี (SD = 4.68) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัวร่วม คือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 100 และมีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.11

2) ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยลดลงจาก 10.30 เป็น 7.50 มวน/วัน ($p = 0.033$) มีสัดส่วนผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.78 เป็นร้อยละ 72.22 ($p = 0.003$) และมีผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.00 เป็นร้อยละ 25.00 ($p < 0.001$) ส่วนด้านน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก 114.61 เป็น 113.03 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.52$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 36)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	26	72.22	26	72.22	
สูบ	10	27.78	10	27.78	
	Mean 10.30 มวน/วัน		Mean 7.50 มวน/วัน		0.033* [†]
	SD 5.91 Min 5 Max 20		SD 3.63 Min 3 Max 15		
การดื่มแอลกอฮอล์					0.003* [†]
ไม่ดื่ม	19	52.78	26	72.22	
ดื่มบางครั้ง	13	36.11	8	22.22	
ดื่มเป็นประจำ	4	11.11	2	5.56	
การออกกำลังกาย					<0.001* [†]
ไม่ได้ออกกำลังกาย	23	63.89	11	30.56	
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ	13	36.11	16	44.44	
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	0	0	9	25.00	

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)					
≤ 50	6	16.67	7	19.44	Mean 62.00 kg, SD 12.85, Min 39, Max 95
51 - 60	11	30.56	12	33.33	
61 - 70	12	33.33	10	27.79	
> 70	7	19.44	7	19.44	
Mean 62.00 kg, SD 12.85, Min 39, Max 95					
Mean 60.44 kg, SD 12.54, Min 36, Max 93					
<0.001*					
ดัชนีมวลกาย BMI (กิโลกรัม/ตารางเมตร)					
ต่ำกว่า 18.50: ผอม	1	2.78	3	8.33	Mean 25.27 kg/m ² SD 4.78 Min 17.33 Max 37.11
หรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์					
18.50 - 22.99: ปกติ	13	36.11	11	30.56	
สมส่วน					
23.00 - 24.99:	3	8.33	3	8.33	
น้ำหนักเกิน หรือ โรคอ้วน					
ระดับ 1					
25.00 - 29.99: อ้วน	13	36.11	15	41.67	
หรือ โรคอ้วนระดับ 2					
30.00 ขึ้นไป: อ้วนมาก	6	16.67	4	11.11	
หรือ โรคอ้วนระดับ 3					
Mean 25.27 kg/m ² SD 4.78					
Mean 24.63 kg/m ² SD 4.64					
<0.001*					
Min 17.33 Max 37.11					
Min 16.00 Max 35.94					
รอบเอว (เซ็นติเมตร)					
≤ 70	1	2.78	2	5.56	Mean 86.64 cm, SD 9.98 Min 68, Max 112
71 - 80	10	27.78	10	27.78	
81 - 90	15	41.67	13	36.11	
> 90	10	27.78	11	30.56	
Mean 86.64 cm, SD 9.98					
Mean 84.78 cm, SD 9.75					
<0.001*					
Min 68, Max 112					
Min 67, Max 108					
ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)					
< 120	9	25.00	11	30.56	
120 - 129	12	33.33	14	38.89	
130 - 139	8	22.22	8	22.22	
140 - 159	7	19.44	3	8.33	
≥ 160	-	-	-	-	

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
	Mean 126.42 mmHg, SD 14.21 Min 93, Max 156		Mean 123.47 mmHg, SD 11.60 Min 98, Max 150		<0.001*
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)					
< 80	28	77.78	30	83.33	
80 - 84	5	13.89	4	11.11	
85 - 89	2	5.56	1	2.78	
90 - 99	1	2.78	1	2.78	
≥ 100	-	-	-	-	
	Mean 73.42 mmHg, SD 8.02 Min 59, Max 93.00		Mean 71.53 mmHg, SD 7.91 Min 57, Max 92		<0.001*
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร					
80 - 100	12	33.33	9	25.00	
101 - 120	14	38.89	17	47.22	
121 - 140	3	8.33	8	22.22	
> 140	7	19.44	2	5.56	
	Mean 114.61 mg/dL, SD 22.33 Min 88, Max 163		Mean 113.03 mg/dL, SD 18.59 Min 82, Max 169		0.52

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, [†]ทดสอบด้วย Wilcoxon signed-rank test

2) ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับสูง (ร้อยละ 36.11) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.78) ระดับสูงมาก (ร้อยละ 19.44) ระดับต่ำ (ร้อยละ 13.89) และระดับสูงอันตราย (ร้อยละ 2.78) ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.33 ระดับสูงมากลดลงเหลือร้อยละ 16.67 และไม่พบระดับสูงอันตราย ส่วนระดับสูงและระดับต่ำยังคงเดิม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าลดลงจากร้อยละ 23.16 (SD = 9.74) เหลือร้อยละ 21.09 (SD = 8.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.001$, 95% CI = 1.08–3.08) แสดงให้เห็นว่าการทดลองสามารถลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังการทดลอง (n = 36)

ระดับความเสี่ยง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (<10%)	5	13.89	5	13.89
ปานกลาง (10-<20%)	10	27.78	12	33.33
สูง (20-<30%)	13	36.11	13	36.11
สูงมาก (30-<40%)	7	19.44	6	16.67
สูงอันตราย (≥40%)	1	2.78	-	-
	Mean 23.16 %, SD 9.74		Mean 21.09 %, SD 8.48	
	Min 8.39, Max 42.86		Min 8.07, Max 36.90	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score) ก่อนและหลังการทดลอง (n = 36)

ระดับความเสี่ยง	ก่อนการทดลอง (mean ± SD)	หลังการทดลอง (mean ± SD)	95% CI	t	df	p-value
CV Risk Score (%)	23.16 ± 9.74	21.09 ± 8.48	1.08 ถึง 3.08	4.21	35	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) พฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.001$) จาก 2.79 ± 0.08 เป็น 3.62 ± 0.11 โดยพฤติกรรมทุกด้านมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ได้แก่ ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมอาหาร และการติดตามอาการผิดปกติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลอง (n = 36)

พฤติกรรม รายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		95% CI	t	df	p-value
	Mean±SD	แปลผล	Mean±SD	แปลผล				
การรับประทานยา	2.80±0.20	ปานกลาง	3.67±0.07	ปานกลาง	-0.94 ถึง -0.79	-22.53	35	< 0.001*
การควบคุมอาหาร	2.79±0.17	ปานกลาง	3.60±0.21	ปานกลาง	-0.89 ถึง -0.75	-24.23	35	< 0.001*
การออกกำลังกาย	2.73±0.28	ปานกลาง	3.55±0.28	ปานกลาง	-0.88 ถึง -0.76	-26.69	35	< 0.001*
การจัดการความเครียด	2.75±0.19	ปานกลาง	3.62±0.24	ปานกลาง	-0.93 ถึง -0.81	-29.28	35	< 0.001*
การติดตามอาการผิดปกติ	2.92±0.26	ปานกลาง	3.68±0.30	ดี	-0.87 ถึง -0.65	-13.96	35	< 0.001*
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	2.79±0.08	ปานกลาง	3.62±0.11	ปานกลาง	-0.86 ถึง -0.80	-51.70	35	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง

หลังการทดลองพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.79 ± 0.08 เป็น 3.62 ± 0.11 ($p < 0.001$, 95% CI = -0.86 ถึง -0.80) ทั้งนี้เนื่องจากการบูรณาการทฤษฎีการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ที่ครอบคลุมทั้งการจัดการทางการแพทย์ การจัดการตนเอง และการจัดการด้านอารมณ์

ด้านการรับประทานยา คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.80 ± 0.20 เป็น 3.67 ± 0.07 ($p < 0.001$, 95% CI = -0.94 ถึง -0.79) อยู่ในระดับปานกลาง การฝึกทักษะการใช้ยาในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งประกอบด้วยการสาธิต การอ่านฉลาก และการฝึกปฏิบัติด้วยยาจริง ก่อให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ประกอบกับการสนับสนุนทางสังคมผ่านการเยี่ยมบ้านและแอปพลิเคชันไลน์ตามแนวคิดของ House (1981) ผลสอดคล้องกับมณีรัตน์ ทางดี (2567) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ด้านการควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.79 ± 0.17 เป็น 3.60 ± 0.21 ($p < 0.001$, 95% CI = -0.89 ถึง -0.75) การฝึกทักษะในสัปดาห์ที่ 5 ที่ครอบคลุมการเลือกและจัดอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และการประกอบอาหารลดหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสมตามแนวคิดของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทชุมชนเกษตรกรรม ที่อาหารพื้นถิ่นมักมีรสหวานและเค็ม สอดคล้องกับ Sagastume และคณะ (2022) ที่พบว่าโปรแกรมโภชนาการที่เน้นการปฏิบัติจริงตามบริบทชุมชนมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านการออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.73 ± 0.28 เป็น 3.55 ± 0.28 ($p < 0.001$, 95% CI = -0.88 ถึง -0.76) ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่มพฤติกรรมที่วัดและมีพัฒนาการชัดเจน โดยผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็น 9 คน (ร้อยละ 25.00) การเน้นทำออกกำลังกายที่ทำได้ที่บ้านโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ราคาแพงสอดคล้องกับหลักการ Self-Tailoring ของ Lorig and Holman (2003) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น แต่คะแนนยังคงอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนต้องการเวลาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมากกว่า 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับอุษณีย์ รามฤทธิ์ (2564)

ด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.75 ± 0.19 เป็น 3.62 ± 0.24 ($p < 0.001$, 95% CI = -0.93 ถึง -0.81) คงอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกทักษะในสัปดาห์ที่ 5 ที่ครอบคลุมเทคนิคการจัดการความเครียดหลายรูปแบบ ได้แก่ การหายใจลึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ และการจินตนาการเพื่อผ่อนคลาย ซึ่งเป็นทักษะที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับหลักการ Self-Tailoring ของ Lorig and Holman (2003) ที่เน้นการพัฒนาทักษะให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ การสนับสนุนทางอารมณ์ผ่านการเยี่ยมบ้านและกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ตามแนวคิดของ House (1981) ช่วยเสริมสร้าง

ความรู้สึกไม่โดดเด่นเกี่ยวกับการจัดการโรค สอดคล้องกับปรารค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ (2560) ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชุมชนสามารถพัฒนาพฤติกรรมการจัดการความเครียดได้อย่าง มีนัยสำคัญ

ด้านการติดตามอาการผิดปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.92 ± 0.26 เป็น 3.68 ± 0.30 ($p < 0.001$, 95% CI = -0.87 ถึง -0.65) เปลี่ยนแปลงจากปานกลางเป็นระดับดี เกิดจากการใช้สมุดบันทึกการดูแลตนเองที่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจดบันทึกและติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับทักษะการลงมือทำ (Action planning) ของ Lorig and Holman (2003) ที่ระบุว่ากระบวนการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน ผลสอดคล้องกับมณีนรัตน์ ทาง ดี (2567) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการติดตามและบันทึกอาการ ผิดปกติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่ต้องสังเกตทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ตื่นตัวและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ความสำเร็จของโปรแกรมในภาพรวมเกิดจากการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องผลการศึกษาระดับปฐมภูมิของ เดิมขุนทด และคณะ (2565) ที่ได้มีการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานสามารถช่วยให้ผู้ป่วย เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ Chowdhury และคณะ (2024) ที่พบว่า การให้ความรู้แบบพบหน้าร่วมกับการติดตามผ่านเทคโนโลยีมี ประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

หลังการทดลองระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนน Thai CV Risk Score ลดลงจาก $23.16 \pm 9.74\%$ เป็น $21.09 \pm 8.48\%$ ($p < 0.001$, 95% CI = 1.08 ถึง 3.08) และไม่พบผู้ที่มีความเสี่ยงระดับสูงอันตราย ($\geq 40\%$) เนื่องจาก Thai CV Risk Score สะท้อนโอกาสของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ซึ่งการลดลงของแต่ละ เปอร์เซ็นต์หมายถึงการลดความเสี่ยงการเกิดหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการ เสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ผลสอดคล้องกับอูษณีย์ รามฤทธิ์ (2564) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลด ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจากระดับสูงลงสู่ระดับปานกลาง และศิริรัตน์ ผ่านภพ และคณะ (2567) ที่พบการลดลงของ CV Risk Score จาก 25.41% เป็น 22.41%

การลดลงของ Thai CV Risk Score ในการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงหลักที่เป็น องค์ประกอบของการคำนวณอย่างน้อย 3 ปัจจัย ได้แก่ (1) น้ำหนักและดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) จาก 25.27 เป็น 24.63 kg/m² อันเป็นผลจากพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีขึ้น (2) รอบเอวลดลง อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) จาก 86.64 เป็น 84.78 เซนติเมตร สะท้อนการลดลงของไขมันในช่องท้อง และ (3) ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) จาก 126.42 เป็น 123.47 มม.ปรอท ซึ่งเป็นผล โดยตรงจากพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นในภาพรวม ทั้งนี้ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับ Chowdhury และคณะ (2024) ที่พบว่าโปรแกรม DSME ที่ผสมผสานการให้ความรู้แบบพบหน้ากับการติดตาม ผ่านเทคโนโลยีสามารถลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก 114.61 เป็น 113.03 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.52$) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระยะเวลา

12 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดแบบ random blood glucose ซึ่งมีความแปรปรวนสูงตามมื้ออาหาร นอกจากนี้การใช้ค่า DTX อาจไม่สะท้อนการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวได้ดีเท่ากับค่า HbA1c

การที่ปัจจัยเหล่านี้เปลี่ยนแปลงเป็นผลจากการบูรณาการกิจกรรมโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอดคล้องกับ Chowdhury และคณะ (2024) ที่พบว่าโปรแกรม DSME ที่ผสมผสานการให้ความรู้แบบพบหน้ากับการติดตามผ่านเทคโนโลยีสามารถลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดของการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง อาจมีข้อจำกัดด้านความเชื่อถือภายใน (internal validity) เนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจมีผลจากปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากโปรแกรมที่ทดลอง อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเพื่อประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรม ก่อนที่จะนำไปพัฒนาเป็นการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองระยะ 12 สัปดาห์ไปใช้เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต. โดยบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลและสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) พร้อมติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน รวมทั้งเพิ่มตัวชี้วัดทางชีวเคมี ได้แก่ HbA1c และ lipid profile เพื่อสะท้อนการควบคุมโรคในระยะยาวได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น รวมทั้งขยายกลุ่มประชากรไปยังบริบทที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยในเขตเมืองหรือกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2567. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2569, จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/11/สถิติสาธารณสุข-2567_final.pdf
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). Thai CV risk score. สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2568, จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
- ณัฐภัทร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, และชาญวัฒน์ ขวณัตน์ดิทกมล. (2565). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วารสารการพยาบาล, 24(1), 1–24.
- ธรรมรัตน์ วาวงศ์มูล. (2567). พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศิคราม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(2), 306–312.
- ปรารค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และสุทธิพร มูลศาสตร์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. Journal of the Police Nurses and Health Science, 9(1), 105–116.
- พริษฐ์ฯ แซ่โจ้ว. (2567). การป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด: ความท้าทายในสภาพสังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ของประเทศไทย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 14(3), 577–585.
- ไพฑูรย์ เบ็ญจพรเลิศ. (2568, 15 ตุลาคม). โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs): โรคร้ายที่เราสร้างเอง. Rama Channel. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%84%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%87-ncds-%E0%B9%82/>
- มนิรัตน์ ทางดี. (2567). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(4), 558–566.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก. (2568). ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ. 2568. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก.
- ศิริรัตน์ ผ่านภพ, จันทร์จิรา ยานะชัย, และกชภัท เหล็กบังวัน. (2567). ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(3), 57–72.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

อุษณีย์ งามฤทธิ์. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(3), 29–37.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Introduction and methodology: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S1–S4. <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.

Chowdhury, H. A., Harrison, C. L., Siddiquea, B. N., Tissera, S., Afroz, A., Ali, L., Joham, A. E., & Billah, B. (2024). The effectiveness of diabetes self-management education intervention on glycaemic control and cardiometabolic risk in adults with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(2), e0297328. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297328>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Company.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Sagastume, D., Siero, I., Mertens, E., Cottam, J., Colizzi, C., & Peñalvo, J. L. (2022). The effectiveness of lifestyle interventions on type 2 diabetes and gestational diabetes incidence and cardiometabolic outcomes: A systematic review and meta-analysis of evidence from low- and middle-income countries. *eClinicalMedicine*, 53, 101650. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101650>

World Health Organization. (2025, July 31). Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved [August 23, 2026] from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))