

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

อมรรัตน์ นาวาวี พย.บ

อานีชี๊ะ กาจิ ภ.บ.

นัสรีน รอยิง วท.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะลา จังหวัดยะลา

ติดต่อผู้เขียน: อมรรัตน์ นาวาวี Email: zagib2003@gmail.com

วันรับ:	16 ม.ค. 2567
วันแก้ไข:	19 เม.ย. 2568
วันตอบรับ:	29 เม.ย. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ยาต่อระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 65 ราย ระยะเวลาติดตาม 20 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คู่มือโรคเบาหวาน เครื่องมือ 3ส. 3อ. 1น. แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการใช้ยา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ สถิติ paired samples t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ($p<0.05$) พฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องเพิ่มขึ้น ($p<0.05$) และ HbA1c ผู้ป่วยเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้น การนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามแนวทางมุสลิม ทำให้เป็นแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ; ผู้ป่วยเบาหวาน; การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ โดย มีข้อมูลว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน⁽¹⁾ จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน⁽²⁾ ปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้าน⁽³⁾ ผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดยะลา ปี 2564-2566 พบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 376.22, 353.20 และ 354.90 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾

สำหรับประชากรในอำเภอยะหา มีอัตราการเจ็บป่วย ไม่แตกต่างจากประชากรในพื้นที่อื่น ปี 2564-2566 พบว่า มีกลุ่มป่วยเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 225.36, 255.91 และ 200.08 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ ในคลินิก-โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา พบผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่ม pre-diabetes (pre-DM) ปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 0.96, 1.43 และ 1.30 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ HbA1C ได้ดีปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 26.30, 24.38 และ 34.03⁽⁴⁾ ดังนั้น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน มีความสำคัญมาก หากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้ และการรับทราบข้อมูลความเจ็บป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ⁽⁵⁾ โดยร่วมกันดูแลป้องกัน ติดตาม เน้นพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม กินยาตามแพทย์สั่ง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์^(6,7) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม-สุขภาพของผู้ป่วย โดยผ่านการฝึกฝน พัฒนาตนเอง ด้วยความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องมีการกำกับติดตามอาศัยกระบวนการคือ กระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) กระบวนการตัดสิน (judgement process) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้การกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อีกทั้งการพูดชักจูง จะเพิ่มระดับของแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ประกอบกับการได้เห็นต้นแบบที่มีความสำเร็จ จะเป็นแรงผลักดันที่ดีสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการ-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารการบริโภคอาหารและการใช้ยา ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยมุสลิมที่

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ให้มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังจากเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก 3ส 3อ. 1น. ซึ่งได้แก่ สวดมนต์ สมาธิ สันถนาธรรม อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และนาฬิกาชีวิต ทั้งนี้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแนวทางมุสลิม เช่น การละหมาดอย่างมีสมาธิ การรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซบ.) การอ่านอัลกุรอาน การดูอาห์/ขอพร ทำให้รู้สึกใกล้ชิดกับอัลลอฮ์ มีจิตใจที่หนักแน่น ไม่โดดเดี่ยว มีความอดทน เผชิญกับสภาพของโรคอย่างเข้มแข็งและรู้สึกผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน⁽⁷⁾

วิธีการศึกษา

การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Polit และ Hungler⁽⁸⁾ กำหนดความมีนัย-สำคัญ ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.01 และค่า power เท่ากับ 0.99 และขนาดอิทธิพลค่าความ-แตกต่าง (effect size) เท่ากับ 1.0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เกิน 10 ปี และ/หรือมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคไขมันในเลือดสูง

2) นับถือศาสนาอิสลาม ที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้

3) มีอายุ 35 ปีขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมวิจัย

4) สามารถให้ข้อมูลได้ และเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้งขึ้นไป

2) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานขณะเข้าร่วม

วิจัย เช่น ไตวาย (chronic kidney disease หรือ CKD ระยะที่ 4-5) โรคหัวใจล้มเหลว (ระดับที่ 3-4)

3) ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/110 mmHg หรือระดับ severe hypertension) มีแผลที่เท้า และผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ

4) โรคซึมเศร้า หรือ major depressive disorder โดยจะมีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์และมีผลการประเมินผิดปกติ >5 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมเข้ากลุ่มฐานการเรียนรู้และถอดบทเรียน จำนวน 20 สัปดาห์ โดยนัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม 4 สัปดาห์ ต่อ 1 ครั้ง รวม 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพและสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน (10 นาที) ทบทวน สรุป สาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรคและความรุนแรงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนโดยใช้เทคนิคการถามตอบ (dialogue) ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กำกับ (10 นาที) ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มฐานการเรียนรู้ จำนวน 3 ฐาน (ฐานที่ 1) ข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพของตนเอง และร่วมกันสรุปว่าส่วนใหญ่มีภาวะน้ำตาลในเลือดในระดับใด (10 นาที) (ฐานที่ 2) อาหารต้านโรค 3ส. 3อ. 1น. ตามวิถีอิสลาม (10 นาที) (ฐานที่ 3) กินยาถูกวิธี ลดความเสี่ยงลดภาวะแทรกซ้อน (10 นาที) สรุปร่วมกันถึงสาเหตุที่ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (20 นาที) ผู้วิจัยอธิบายปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรง จากนั้นร่วมกันสรุปแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้อยู่ในระดับปกติ

ครั้งที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีอิสลาม (20 นาที) ทบทวน สรุป การเรียนรู้ในครั้งที่ 1 เปิดภาพและวิดีโอ ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (20 นาที) แจกผลน้ำตาล รอบเอว และการตรวจระดับน้ำตาล (dextrostix: DTX) ในครั้งนี้ให้

ผู้ป่วยทราบ และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ ปัจจัยที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ครั้งที่ 3 กำกับติดตามผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อให้ทราบถึงอุปสรรค และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจระดับน้ำตาลสะสมผู้ป่วย พร้อมติดตามภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยในแต่ละราย สรุปข้อมูลแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมร่วมกับผู้ป่วย (40 นาที)

ครั้งที่ 4 การเรียนรู้และค้นหาบุคคลต้นแบบ ทบทวนสรุป การเรียนรู้ในครั้งที่ 3 (10 นาที) ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด พร้อมระบุ ความสำเร็จ อุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาเบื้องต้น (20 นาที) ใช้ต้นแบบเล่าเทคนิค วิธีการที่นำไปสู่ความสำเร็จ (20 นาที) ผู้ป่วยกำหนดและเป้าหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มเติม (สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา) บันทึก พฤติกรรม เป้าหมาย และแนวทางในแบบฟอร์มที่แจกให้ และนำไปใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมตาม

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย ไร้ความเสี่ยง ทบทวน สรุป การเรียนรู้ในครั้งที่ 4 (10 นาที) ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข (20 นาที) ผู้วิจัยให้ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดและให้กำลังใจ ผู้ป่วย (20 นาที) ผู้ป่วยบันทึก พฤติกรรม เป้าหมาย และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในแบบฟอร์มที่แจกให้ เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้วิจัยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการควบคุมอาหารและการกินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ โดยถามรายละเอียดเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

มีรายละเอียดเกี่ยวกับการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสม ปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา แนวทางการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม และการเก็บยาที่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือไปทดสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ ด้วยการหาความเที่ยงตรง (validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมตรงตามเนื้อหาและประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับคู่มือสมุดบันทึกสุขภาพ ได้ค่าระหว่าง 0.75–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหาที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา: ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ paired sample t-test

กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยะลา (เอกสารรับรองเลขที่ 05-2566) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดำเนิน

การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และสิทธิที่จะถอนตัว ออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 70.8 อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป 58.47 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 87.7 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.1 (ตารางที่ 1) และประกอบอาชีพเกษตรกร เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.8

ผลของการเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ก่อน-หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังจากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.174$,

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและสุขภาพ (N=65)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	19	29.2
	หญิง	46	70.8
อายุ (ปี)	Mean=61.6, SD=9.9		
	Min=36, Max =77		
สถานภาพ	โสด	0	0.0
	สมรส	57	87.7
	หม้าย/หย่าร้าง	8	12.3
การศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	4.6
	ประถมศึกษา	56	86.1
	มัธยมศึกษา	5	7.7
	อนุปริญญา	1	1.54
	ปริญญาตรี	0	0.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 2 ระดับ HbA1C ก่อน-หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
HbA1C	8.4	2.0	6.8	1.8	-1.6	7.174	<0.001*

* p<0.05

p<0.05) (ตารางที่ 2)

เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อน-หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการบริโภคเหมาะสมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 3)

เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยา ก่อน-หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมลดลง ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การใช้ยา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=27.996, p<0.05) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เพิ่มขึ้นก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-19.729, p<0.05) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) สูงกว่า หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถ อธิบายได้จากปัจจัยต่างๆ ดังนี้ การ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม	25.3	2.7	18.5	1.1	-6.8	15.907	<0.001*
พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	19.2	1.2	30.5	1.4	11.3	-42.322	<0.001*

* p<0.05

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยา ก่อน-หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม	27.8	1.7	17.9	1.6	-9.9	27.996	<0.001*
พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม	18.5	2.2	27.5	2.8	9.0	-19.729	<0.001*

p<0.05

กำหนดรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลัก 3ส. 3อ. 1น. (3ส. 1. สวดมนต์/ละหมาด 2. สมาธิ/ซีเกิร์ ดูอาร์ 3. สนทนาธรรม/ฮาลาเกาะฮุ) การละหมาดรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซบ.) อย่างมีสมาธิด้วยท่าทางที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่เร่งรีบมีการปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ เช่น ดูอาห์ที่กล่าวถึงความอดทน ขอความเมตตา และกล่าวถึงการขอบคุณต่ออัลลอฮ์ มีจิตใจที่หนักแน่น ไม่โดดเดี่ยว ยืนหยัดในสภาวะการณ์ที่อัลลอฮ์ (ซบ.) กำหนด มีความตระหนักและมีความอดทนเผชิญกับสภาพของโรคอย่างเข้มแข็ง และการพึงสนทนาธรรมทำให้รู้สึกผ่อนคลาย^(6,20) มีการประยุกต์ใช้แนวคิดวิถีมุสลิมที่สอดคล้องกับบริบท ที่มีข้อกำหนดในการเลือกรับประทานอาหารที่ชัดเจนและเข้มงวด โดยมุสลิมต้องเลือกอาหารที่ฮาลาลและอาหารที่ดี^(6,14) ใช้หลัก (3อ. 1. อาหาร 2. ออกกำลังกาย 3. อารมณ์) ต้องเป็นอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย โดยเลือกอาหารตามแนวทางท่านศาสดามุฮัมมัด (ซ.ล.) คือ ต้องอาหารที่ฮาลาลเหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย และในการรับประทานอาหารให้แบ่งกระเพาะอาหารเป็น 3 ส่วน คือ อาหาร 1 ส่วน น้ำ 1 ส่วน และอากาศ 1 ส่วน ไม่รับประทานอาหารมากจนอึดแน่นท้อง^(6,21) รับประทานผัก 2 ส่วน ข้าว 1 ส่วน เนื้อสัตว์ 1 ส่วน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และอาหารที่ทำให้พลังงานสูง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ^(6,17,18) ออกกำลังกาย มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรกได้จากการทำอิบาดะฮ์ที่ว่ายิบ เช่น ทำการละหมาดที่ถูกต้อง ตั้งแต่การยืน การรูกัวะ การซูด การเคลื่อนไหวเหล่านี้คล้ายคลึงกับการฝึกโยคะหรือกายบำบัดที่ช่วยรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง⁽¹⁹⁾ ส่วนที่สอง ต้องเพิ่มอิริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน เช่นการเดินไปละหมาดมัสยิด การปั่นจักรยานไปละหมาด การเดินกัศ คือการเดินเพื่อเชิญชวนผู้คนไปละหมาด (อ.3) อารมณ์ การจัดการกับความเครียด มุสลิมจะยึดมั่นในหลักการอิสลาม มีการปล่อยวาง และมีจัดการความเครียดโดยใช้ศาสนาในการดำรงชีวิต เช่น การรำลึก

ถึงอัลลอฮ์ (ซบ.) มีการปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ การละหมาด การอ่านอัลกุรอาน การดูอาห์/ขอพร ทำให้รู้สึกใกล้ชิดกับอัลลอฮ์ มีจิตใจที่หนักแน่น ไม่โดดเดี่ยว มีความอดทนเผชิญกับสภาพของโรคอย่างเข้มแข็ง และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (1น. นาฟีกาฮ์วีต) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับช่วงเวลา ตามแนวทางของศาสดามุฮัมมัด (ซ.ล.) ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอนให้ และการทำพันธะสัญญากับตนเอง โดยการเขียนอามานะฮ์ (คำสัญญา) ให้กับตนเองมีการวางแผนเป้าหมาย โดยมีหลักคำสอนของอิสลามเป็นตัวกระตุ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรักษาคำมั่นสัญญา เพราะถือเป็นคนสมบัติที่ดีของการเป็นมุสลิม ทำให้มีความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมากยิ่งขึ้น⁽⁶⁾

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิม มีผลบรรลุตามวัตถุประสงค์ พบว่า หลังการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ส่งผลต่อการตระหนักรู้ และเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างมุ่งมั่นตั้งใจ ทำให้ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ในการนำโปรแกรมไปใช้ต้องคำนึงถึงบริบท ความพร้อมของผู้ป่วย และต้องศึกษาแนวทางการใช้โปรแกรมให้เข้าใจโดยละเอียด ก่อนนำไปใช้จริงเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว เป็นระยะเวลาทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือทุก 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมและการควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th edition [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 14]. Available from: Brussels, 2021. <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รณรงควันเบาหวานโลก ปี 2565. รายงานติดตามความก้าวหน้าโรคไม่ติดต่อ ปี 2565. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.
3. กรมควบคุมโรค. รณรงควันเบาหวานโลก ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 6 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2023/11/28921>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. ระบบสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดยะลา 2565. ยะลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา; 2565.
5. วิภาวดี เมืองจันทร์. ผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566;2(ฉบับพิเศษ 2):1-15.
6. Bandura AJ. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: PrenticeHall; 1986.
7. มาติยะห์ มะเก็ง, ปิยะนุช จิตตุนนท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิม ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561;38(1):46-62.
8. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1999.
9. จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ, ทมาภรณ์ สุขสวรรค์, อธิศา สีนาคม. ระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2563;13(2):47-60.
10. วารีย์ นนุช. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c). วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2563;2(1):29-36
11. รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝง. วารสารสาธารณสุข-ล้านนา 2566;9(3):216-38.
12. ปันทิศา สิงห์สังเวียน, วรวรรณ์ ทิพย์วารัณย์, ยุวรงค์ จันทรวิจิตร. ผลของการจัดการตนเอง โปรแกรมส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชัน LINE เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาล HbA1C ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
13. ชลธิตา วรรณดี, กนกพร นาคพร, ทวีศักดิ์ เกตุ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2563; 6(2):46-57.
14. สุภาภรณ์ สุวรรณ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาโดยใช้ telepharmacy ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารเภสัชกรรมคลินิกไทย 2566;29(1):51-64.
15. ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, ยวนุช สัตยสมบูรณ์. ความดันโลหิตสูงและเบาหวานชนิดที่ 2, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (SMS). วารสารการพยาบาลและสาธารณสุขเครือข่ายวิทยาลัยภาคใต้ 2563;7(2):232-43.
16. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992;47(9):1102-14.
17. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียะกุล. การประเมินเบื้องต้นของประสบการณ์การได้รับการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ 2563;14(2):143-55.
18. ดวงเดือน บุตรดา, ศิวพร อึ้งวัฒนา, วราภรณ์ บุญเชี่ยง. การพัฒนาแบบแผนการรับประทานสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงชนิดควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. พยาบาลสาร 2562;46(ฉบับพิเศษ):36-48.

19. International Journal of Industrial and Systems Engineering. An ergonomic study of body motions during Muslim prayer using digital human modelling. International Journal of Industrial and Systems Engineering 2022; 25(3):279-96.
20. กิตติยา โตทอง, นิตยา ธนวงศ์ วงศ์สังข์เอม, มนัส วงศ์เสงี่ยม. ปัญหาและความต้องการของชาวไทยมุสลิมต่อบริการสุขภาพ ตามวิถีอิสลาม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2561;13(2):102-16.
21. สุนันทา ภักดีอำนาจ, เขาวกิจ ศรีเมืองวงศ์, สุรรัตน์ ณีวิเชียร. ผลของโปรแกรมความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2566;6(2):53-66

**The Effect of the Health Behavior Modification Program on HbA1c Level Control
among Diabetic Patients in Chronic Noncommunicable Disease Clinic**

Amonrat Navawee, B.N.S.; Aneesah Kachi, Pharm.D.; Nasrin Roying, B.Sc.

Yaha Crown Prince Hospital, Yala Province, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(5):849-56.

Corresponding author: Amonrat Navawee, Email: zagib2003@gmail.com

Abstract: The objective of this study was to assess the effect of the Muslim health behavior modification program on food consumption behavior and medication use on the level (HbA1c) in diabetes patients. It was conducted as a quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design. The samples were 65 diabetic patients attending the chronic non-communicable disease clinic. They were followed-up for a period of 20 weeks. The study tools included health behavior change programs; diabetes care manual; the tool for 3S, 3A, 1N (the Thai set of healthy behavioral practice covering praying, meditation, dhamma discussion, food, exercise, emotion, and biological clock); and a questionnaire on food consumption behavior and drug use with the consistency index of 1.00 and the Cronbach's alpha coefficient of 0.82. The data were analyzed with descriptive statistics including mean, standard deviation, percentage, and paired samples t-test. The results revealed that the food compulsion behaviors posttest was significantly higher than that of the pretest ($p<0.05$), the drug use behaviors posttest was also significantly higher ($p<0.05$), and the mean score of HbA1C level posttest was significantly lower ($p<0.05$). The findings of this study indicated that the Health Behavior Modification Program was effective in changing patients behaviors resulting in the reduction of their blood sugar levels. Therefore, applying the program to daily life together with modifications of appropriate health behavior according to Muslim guidelines could motivate sustainable change toward healthy behaviors.

Keywords: health behavior modification program; diabetic patients; HbA1c level control