

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

## ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

### ชนิดที่ 2 คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

วิภาดา รุปงาม\*

สรณัต์ ลลิตวงศา

สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย



วันรับ 12 พฤษภาคม 2569



วันแก้ไข 15 กรกฎาคม 2569



วันตอบรับ 20 กรกฎาคม 2569

#### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1.9.7 (Effect size 0.80, Power 0.95) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมทั้งสิ้น 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุม 39 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม 2568 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ รวม 4 ครั้ง (ครั้งแรกและครั้งสุดท้าย 30 นาที ณ คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 113.73 ( $SD = 6.37$ ) นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 7.97% เป็น 6.48% ซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพอย่างยิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ดังนั้น ควรมีการบูรณาการโปรแกรมนี้เข้าสู่ระบบบริการปกติ เพื่อช่วยยกระดับศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

\*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : golf.roopngam@gmail.com

# Effectiveness of Motivational Interviewing Program on Self-care Behaviors among Type 2 Diabetes Mellitus Patients at The Lifestyle Medicine Clinic Metropolitan Health and Wellness Institution.

Wipada Roopngam\*

Sorranut Lalidwongsa

Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of health

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a motivational interviewing program on self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus at the Lifestyle Medicine Clinic, Metropolitan Health and Wellness Institution. The sample consisted of type 2 diabetic patients attending the Lifestyle Medicine Clinic at the Metropolitan Health and wellness Institute, Department of Health, Bangkok, Thailand. The sample size was calculated using G\*Power 3.1.9.7 (Effect size = 0.80, Power = 0.95), yielding 70 participants; an additional 10% was added to account for attrition, resulting in a total of 78 participants. They were randomly assigned into either the experimental group (n = 39) or the control group (n = 39) using simple random sampling via drawing. The study was conducted from June to December 2025. The experimental group received a 4-session motivational interviewing program (the first and final sessions lasted 30 minutes in person at the clinic, supplemented by 2 telephone follow-ups lasting 5–10 minutes each). The control group received routine care. Baseline characteristics were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Mean scores of self-care behaviors and glycated hemoglobin (HbA1c) levels were compared using Paired t-test and Independent t-test.

The results showed that after receiving the program, the experimental group had significantly higher mean scores of diabetes self-care behaviors than before the intervention and than the control group ( $p < .001$ ), with a mean score of 113.73 (SD = 6.37). In addition, the glycated hemoglobin (HbA1c) level of the experimental group decreased from 7.97% to 6.48%, which was significantly different from the control group ( $p < .001$ ).

Based on these findings, the motivational interviewing program was highly effective in promoting health behaviors and controlling HbA1c levels. Therefore, this program should be integrated into routine health care services to enhance the self-care capacity of patients with type 2 diabetes mellitus continuously and sustainably.

**Keywords :** Motivational Interviewing Program, Type 2 Diabetes Mellitus, Health Behavior Modification

\*Corresponding Author,  : [golf.roopngam@gmail.com](mailto:golf.roopngam@gmail.com)

## บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั่วโลกมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 537 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2045 สะท้อนถึงภาระโรคที่เพิ่มสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก<sup>(1)</sup> โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 4 ล้านรายทั่วโลกในกลุ่มอายุ 20–79 ปี หรือเฉลี่ยประมาณ 1 รายทุก 8 วินาที<sup>(2)</sup> สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จัดเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่สร้างภาระโรคในลำดับต้น ๆ โดยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุข<sup>(3)</sup> มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านราย ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก<sup>(4)</sup> ระบุว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ไม่ดีสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ตาบอด และการตัดขา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและทุพพลภาพในระยะยาว

สำหรับแนวทางการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย<sup>(5)</sup> ณ ปัจจุบัน นอกจากการใช้ยาเป็นหลัก การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยตนเองนั้นถือว่าเป็นเป้าหมายที่มีความสำคัญเพื่อเพิ่มความมั่นใจและศักยภาพให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับผู้ให้ความรู้และสร้างทักษะควรมีความสามารถในการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีแรงจูงใจและเกิดความมั่นใจ นำสู่การปฏิบัติได้จริงและมีความต่อเนื่อง

โรคเบาหวานคือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติ ในกระบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน เมื่อ

น้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ อาการของโรคเบาหวานที่มักพบได้บ่อยคือ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำมาก หิวมากกว่าปกติ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย สมาธิไม่มี แผลหายช้า<sup>(6)</sup> เป็นต้น

ในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle modification) ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดเลียงสารเสพติด การนอนหลับ เป็นต้น ถือว่าเป็นการรักษาหลักที่มีความสำคัญและคุ้มค่า แต่ยังเป็นอุปสรรคต่อผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากเพราะไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ให้มีความเหมาะสม ดังนั้น จึงต้องมีการใช้แนวทางด้านพฤติกรรมบำบัดรวมทั้งการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ามาร่วมด้วยเพื่อผลักดันให้เกิดแรงจูงใจจากภายในนำสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม<sup>(7)</sup>

การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ตามแนวคิดของ Miller & Rollnick<sup>(8-9)</sup> ถูกนำมาใช้เพื่อปิดช่องว่างของการรักษาแบบดั้งเดิม (Clinical approach) ที่มักเน้นการสั่งการ (Directing) ซึ่งมักพบการต่อต้าน หรือความล้มเหลวในระยะยาว การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) เน้นการกระบวนกรเปรียบเสมือนเป็นผู้นำทาง (Guiding) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวข้าม “ความลังเลใจ” (Ambivalence) โดยเฉพาะในกลุ่มคนเมืองที่ต้องเลือกระหว่างความสะดวกสบายของวิถีชีวิตสมัยใหม่กับการรักษาวินัยในการดูแลสุขภาพ สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association of Diabetes Educators: AADE)<sup>(10)</sup> ได้เสนอให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนการใช้เทคนิคการสื่อสารที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเอง

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา อันนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในผู้ป่วย

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เช่น พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น ช่วยเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด<sup>(11-15)</sup> จนส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ<sup>(16)</sup>

คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้บริการตามแนวคิดด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ (Nutrition) การออกกำลังกาย (Physical Activity) การจัดการความเครียดและสัมพันธ์ภาพ (Stress Management and Social relation) การเลิกสารเสพติด และการจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อม (Risky Substance and Environment) และการจัดการเรื่องการนอนหลับที่ดี (Sleep) เพื่อส่งเสริม

สุขภาพที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)<sup>(17)</sup> โดยการตรวจประเมินสุขภาพ ประเมินลำดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle medicine) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล (Personalized approach) โดยเน้นกระบวนการให้ความรู้ และฝึกทักษะแต่ยังขาดกระบวนการสร้างแรงจูงใจจากภายในอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการขึ้นโดยใช้รูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick<sup>(8-9)</sup> ซึ่งองค์ประกอบหลักของการสนทนาสร้างแรงจูงใจในแต่ละครั้งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วม (Engagement) เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างความร่วมมือกัน (Collaboration) โดยใช้ทักษะOARS 2) การระบุเป้าหมาย (Focus-ing) 3) การกระตุ้นเหตุผลภายใน (Evoking) โดยใช้ทักษะการถามโดยการถามเพื่อค้นหาแรงจูงใจ ประเมินความตั้งใจ/เป้าหมาย/วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมทั้งการค้นหาความลังเลใจที่เกิดขึ้น 4) วางแผนการลงมือ (Planning) เพื่อการวางแผนและการตั้งเป้าหมาย

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

## สมมติฐานการศึกษา

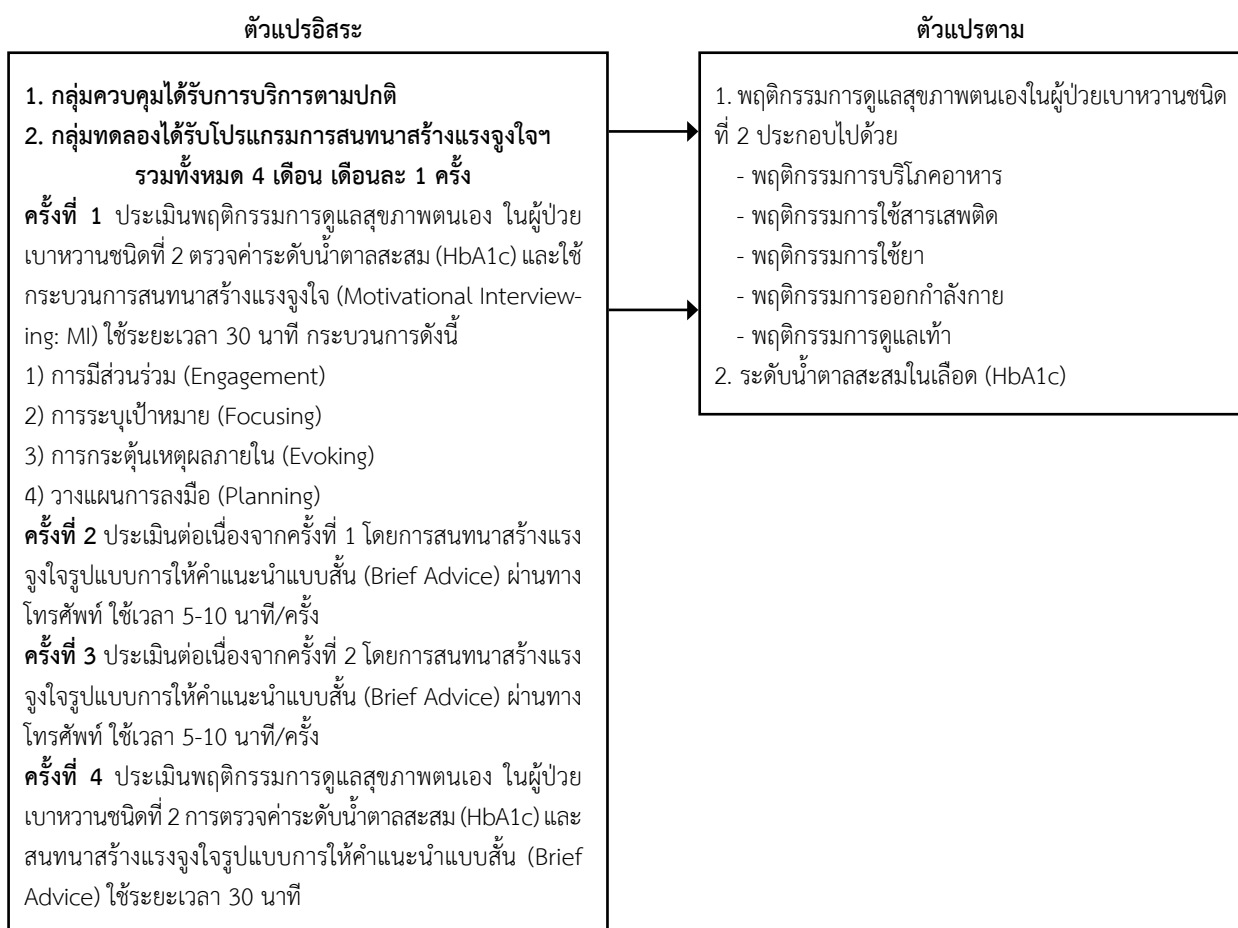
1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงมากกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## กรอบแนวคิดการศึกษา

วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick<sup>(8-9)</sup> ในการออกแบบโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นรูปแบบการสนทนาแบบมีโครงสร้าง ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการนั้นสามารถก้าวข้ามความ

ลังเลใจไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจ จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม และควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

## วิธีการศึกษา

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย

### ● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง สังกัดกรมอนามัย ซึ่งตั้งอยู่ในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ช่วงปีงบประมาณ 2568

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง สังกัดกรมอนามัย ซึ่งตั้งอยู่ในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ช่วงปีงบประมาณ 2568 จำนวน 78 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน

### ● การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าระดับอิทธิพล (Effect size d) ที่ 0.80 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ( $\alpha$ ) ที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.95<sup>(14)</sup> ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด (Total sample size) จำนวน 70 คน โดยโปรแกรมได้จัดสรรเป็นกลุ่มที่ 1 จำนวน 35 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 35 คน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ของแต่ละกลุ่ม (ประมาณกลุ่มละ 4 คน) รวมเป็น กลุ่มละ 39 คน ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารวมทั้งสิ้น 78 คน จากนั้น

ผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย และทำการดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยจัดเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุม 39 คน

### ● เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- 2) ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- 3) ไม่ได้รับการปรับยาโดยแพทย์ในช่วงที่เข้าร่วมการวิจัย
- 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคไตระยะสุดท้าย (End-stage renal disease) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (Severe -hyperglycemia) ภาวะเบาหวานคีโตแอซิโดสิส (DKA) เป็นต้น
- 5) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
- 6) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม
- 7) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

### ● เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 1) ขอลอนตัวออกจากโครงการในทุกกรณี
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามกำหนด จำนวน 4 ครั้งได้
- 3) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น โรคไตระยะสุดท้าย (End-stage renal disease) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (Severe hyperglycemia) ภาวะเบาหวานคีโตแอซิโดสิส (DKA) เป็นต้น หรือการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่

ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick<sup>(8-9)</sup>

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบไปด้วย 1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกองสุศึกษา<sup>(18)</sup> ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบไปด้วย 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด 3) พฤติกรรมการใช้ยา 4) พฤติกรรมออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการดูแลเท้า รวมทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคำตอบเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในช่วง 1 สัปดาห์ เป็นมาตรลิเคิร์ต (Likert Scale)<sup>(19)</sup> ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากการจัดระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์<sup>(20)</sup> ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก ระดับปานกลาง ระดับต่ำ 2. แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การประเมินลำดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) 2) กระบวนการ/ทักษะในการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ ทักษะการชื่นชม (Affirm) ทักษะการใช้คำถามปลายเปิด (Ask for reason) ทักษะการแนะนำ (Advice with menus) และแรงจูงใจที่คั่นใจ พร้อมทั้งเป้าหมายแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (SMART Goal) 3. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome) คือ ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ซึ่งเก็บข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง โดยใช้วิธีการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ (Venous Blood) และส่งวิเคราะห์ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ (Automated Analyzer)

**การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่า CVI อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มีค่าระหว่าง 0.77 - 1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้านความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.859

● **การดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

**1. ขั้นเตรียมการ** ได้แก่ 1) ทำแบบบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในการทำการทดสอบโปรแกรมฯ จากผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง 2) ทำการคัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 3) จัดเตรียมสถานที่และเอกสารประกอบการวิจัย 4) ทำการตรวจสอบวันนัดหมายของกลุ่มตัวอย่าง 5) ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเมื่อมาพบแพทย์ตามนัดครั้งแรก ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

**2. ขั้นดำเนินการวิจัย** ประกอบไปด้วยกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รวมระยะเวลาทั้งสิ้นจำนวน 4 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

**ครั้งที่ 1** รายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ 2) แจกจ่ายรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลโปรแกรมฯ ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการตามปกติ โดยไม่มีการ

สนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview: MI) แต่อย่างใด 3) อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ 4) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Pre- test) 5) ตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที

**ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3** ให้การบริการตามปกติ

**ครั้งที่ 4** ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงที่เข้าร่วมกิจกรรม (Post-test) และทำการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ตามแผนการรักษาของแพทย์ ใช้ระยะเวลา 30 นาที

#### กลุ่มทดลอง

**ครั้งที่ 1** รายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ 2) แจกรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลโปรแกรมฯ 3) อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ 4) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Pre-test) 5) ตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และ 6) ใช้กระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview: MI) โดยใช้เวลา 30 นาที/ครั้ง ดำเนินการโดยผู้วิจัย มีขั้นตอนการสนทนาดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วม (Engagement)
- 2) การระบุเป้าหมาย (Focusing)
- 3) การกระตุ้นเหตุผลภายใน (Evoking)
- 4) วางแผนการลงมือ (Planning)

**ครั้งที่ 2** พุดคุยประเมินต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 1 จากเป้าหมายและแผนที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดไว้โดยการสนทนาสร้างแรงจูงใจรูปแบบการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ผ่านทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยใช้ทักษะการชื่นชม (Affirmation) ทักทายถาม (Ask for reason) และทักษะการแนะนำแบบมีตัวเลือก (Advice with menus) โดยใช้เวลา 5-10 นาที/ครั้ง ดำเนินการโดยผู้วิจัย

**ครั้งที่ 3** พุดคุยประเมินต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 2 จากเป้าหมายและแผนที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดไว้โดยการสนทนาสร้างแรงจูงใจรูปแบบการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ผ่านทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยใช้ทักษะการชื่นชม (Affirmation) ทักทายถาม (Ask for reason) และทักษะการแนะนำแบบมีตัวเลือก (Advice with menus) โดยใช้เวลา 5-10 นาที/ครั้ง ดำเนินการโดยผู้วิจัย

**ครั้งที่ 4** ในกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยกำหนดให้มีการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Post-test) และตรวจหาค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ให้เสร็จสิ้นก่อนเริ่มกิจกรรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief Advice) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการรายงานข้อมูลที่อาจถูกเหนี่ยวนำจากกระบวนการสนทนา โดยใช้เวลา 30 นาที/ครั้ง ดำเนินการโดยผู้วิจัย

**3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยมีติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 ถึงกิจกรรมที่ 4 ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ในครั้งที่ 4 ทำการวัดข้อมูลตัวแปรตามทันที ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวัดประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) แบบบันทึกการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)

#### ● การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง เตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics ได้รับการอนุญาตให้ใช้สิทธิการเข้าถึง (License) อย่างถูกต้อง โดยเป็นการใช้งานภายใต้ลิขสิทธิ์ของสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง กรมอนามัย การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรและสังคมของ

กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

1.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้ Paired t-test เมื่อทดสอบข้อมูลแล้วพบว่าการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่ม

ควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ Independent t-test เมื่อทดสอบข้อมูลแล้วพบว่าการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

● **ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย** ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 ถึง มีนาคม 2569

● **การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย ตามเอกสารรับรอง เลขที่ 841 วันที่ 9 มิถุนายน 2568

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 59.70 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรส แต่งงานและอยู่คู่สมรส รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 21,538 บาท/เดือน โดยส่วนมากมีโรคร่วมในสามอันดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไขมันในเลือดสูง

### ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับระดับปานกลาง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 69.23 คะแนนต่ำสุด 66 คะแนน คะแนนสูงสุด 116 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 86.48 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.24 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 71.79 มีคะแนนต่ำสุด 66 คะแนน คะแนนสูงสุด 112 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 86.05 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.36

หลังทดลองพบว่า ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับดีมาก ร้อยละ

64.10 โดยมีคะแนนต่ำสุด 76 คะแนน คะแนนสูงสุด 120 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 107.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.19 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 โดยมีคะแนนต่ำสุด 70 คะแนน คะแนนสูงสุด 110 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 87.41 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.65

### เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นจาก 86.48 (SD=11.24) เป็น 113.73 (SD=6.37) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .001$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองโปรแกรมฯ สูงขึ้นเล็กน้อยจาก 86.05 (SD=10.36) เป็น 87.41 (SD=10.65) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P = 0.10$ )

**เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง**

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 86.48 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.05 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ทางสถิติ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P = .859$ )

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 113.73 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 87.41 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .001$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง**

| พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วย<br>เบาหวานชนิดที่ 2 | n  | $\bar{x}$ | S.D.  | t     | df | p-value |
|----------------------------------------------------------|----|-----------|-------|-------|----|---------|
| ก่อนการทดลอง                                             |    |           |       |       |    |         |
| กลุ่มทดลอง                                               | 39 | 86.48     | 11.24 | .178  | 76 | .859    |
| กลุ่มควบคุม                                              | 39 | 86.05     | 10.36 |       |    |         |
| หลังการทดลอง                                             |    |           |       |       |    |         |
| กลุ่มทดลอง                                               | 39 | 113.73    | 6.37  | 13.11 | 76 | <.001   |
| กลุ่มควบคุม                                              | 39 | 87.41     | 10.65 |       |    |         |

**ส่วนที่ 3 ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)**

**เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ภายในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง**

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงจาก 7.97 (SD= 1.72) เป็น 6.48 (SD= 1.13) โดยพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .001$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ลดลงเล็กน้อย จาก 7.81 (SD=1.13) เป็น 7.78 (SD=1.14) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P = .594$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

| น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) | n  | $\bar{x}$ | S.D. | t     | df | p-value |
|---------------------------|----|-----------|------|-------|----|---------|
| <b>กลุ่มทดลอง</b>         |    |           |      |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง              | 39 | 7.97      | 1.72 |       |    |         |
|                           |    |           |      | 7.444 | 38 | <.001   |
| หลังการทดลอง              | 39 | 6.48      | 1.13 |       |    |         |
| <b>กลุ่มควบคุม</b>        |    |           |      |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง              | 39 | 7.81      | 1.13 |       |    |         |
|                           |    |           |      | .537  | 38 | .594    |
| หลังการทดลอง              | 39 | 7.78      | 1.14 |       |    |         |

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 7.97 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 7.81 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า ก่อนการทดลองโปรแกรมฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $P = .631$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ภายหลังการทดลองโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 6.48 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 7.78 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .001$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

| น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) | n  | $\bar{x}$ | S.D. | t      | df | p-value |
|---------------------------|----|-----------|------|--------|----|---------|
| <b>ก่อนการทดลอง</b>       |    |           |      |        |    |         |
| กลุ่มทดลอง                | 39 | 7.97      | 1.72 |        |    |         |
|                           |    |           |      | .483   | 76 | .631    |
| กลุ่มควบคุม               | 39 | 7.81      | 1.13 |        |    |         |
| <b>หลังการทดลอง</b>       |    |           |      |        |    |         |
| กลุ่มทดลอง                | 39 | 6.48      | 1.13 |        |    |         |
|                           |    |           |      | -5.033 | 76 | <.001   |
| กลุ่มควบคุม               | 39 | 7.78      | 1.14 |        |    |         |

## อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ผู้วิจัยพิจารณาผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

**สมมติฐานข้อ 1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ**

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มขึ้นจาก 86.48 (SD = 11.24) เป็น 113.73 (SD = 6.37) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (87.41, SD = 10.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เป็นกระบวนการสนทนาที่มีโครงสร้างและทิศทางชัดเจน มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง<sup>(8-9)</sup> กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยในบริบทสังคมเมืองสามารถก้าวข้าม “ความลังเลใจ” (Ambivalence) ที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็น “ผู้นำทาง” (Guiding) เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic motivation) และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง (Self-efficacy)<sup>(5)</sup> ผ่านขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ (Engaging) การระบุเป้าหมาย (Focusing) การกระตุ้นเหตุผลภายใน (Evoking) และการวางแผน (Planning)<sup>(8-9)</sup> นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้แนวทางร่วมกับการวางแผนแบบ SMART (Brief Action Planning) ยังช่วยให้ผู้ป่วยเห็นแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านการบริโภคอาหาร การ

ออกกำลังกาย การใช้ยาตามแผนการรักษา และการดูแลเท้า

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของภูเบศร<sup>(12)</sup> ที่พบว่า โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของยวดีและอดิสร<sup>(13)</sup> รวมถึง ชนนพร และคณะ<sup>(14)</sup> ที่รายงานว่า กระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจนั้นช่วยยกระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management) และความเชื่อในโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ<sup>(21-22)</sup> ที่ระบุว่า การสนทนาสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้งในรูปแบบรายบุคคลและกลุ่ม ตลอดจนช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพและการรักษา<sup>(23)</sup> นอกจากนี้ ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกลุ่มผู้วิจัยในประเทศ<sup>(24-26)</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจช่วยย่นยื้อกระตุ้นแรงจูงใจจากภายใน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

**สมมติฐานข้อ 2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงมากกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ**

ภายหลังผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอย่างเด่นชัดจากร้อยละ 7.97 (SD = 1.72) เหลือร้อยละ 6.48 (SD = 1.13) ( $p < .001$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมแทบไม่มีการเปลี่ยนแปลง (ลดลงจากร้อยละ 7.81 เป็นร้อยละ 7.78) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งบรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

ตามมาตรฐานสากล และแนวทางเวชปฏิบัติที่แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) < 7.0% เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง<sup>(4-5)</sup>

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยผลลัพธ์ทางคลินิกนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิบาลในระดับสากลของ Huang และคณะ<sup>(27)</sup> Rubak และคณะ<sup>(28)</sup> และ Ekong กับ Kavookjian<sup>(29)</sup> ที่ยืนยันตรงกันว่าทำให้คำปรึกษาด้วยกระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) ส่งผล

เชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศของบรรจง และคณะ<sup>(30)</sup> ที่พบว่า การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเด่นชัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อแตกต่างและโดดเด่น คือ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ในบริบทการทำงานของคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตภายในระยะเวลาเพียง 4 เดือน ผ่านการบูรณาการระบบติดตามทางโทรศัพท์ในสังคมเมือง

## ข้อเสนอแนะ

### ● ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

1. ควรนำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค
2. ควรบูรณาการการสนทนาสร้างแรงจูงใจเข้ากับการให้บริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เป็นต้น
3. ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในการใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเหมาะสม
4. ควรมีระบบติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

### ● ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อจัดการ และป้องกันการเกิดโรคชนิดอื่นๆ โดยใช้แนวคิดการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI)
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ ทั้งในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค
3. ควรมีการขยายขอบเขตการศึกษาไปยังประชากรกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ชนบทหรือจังหวัดอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มความสามารถในการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในวงกว้าง
4. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการให้สุขศึกษาอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับระดับความรู้และทักษะของผู้ป่วย โดยอาจใช้การสื่อสารสุขภาพ การใช้สื่อภาพ หรือเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract* 2022;183:109119.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2017.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: WHO; 2016.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://drive.google.com/file/d/1OAlDiCyGsJYA1-wTAXoOu6yL\\_YL9c7IG/view](https://drive.google.com/file/d/1OAlDiCyGsJYA1-wTAXoOu6yL_YL9c7IG/view)
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. โรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/understand-diabetes>
7. Burgess E, Hessmen P, Welveart M, Pumpa KL. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes* 2017;7(2):105-14.
8. Miller WR, Rollnick S. What makes it motivational interviewing? Presented at: International Conference on Motivational Interviewing; 2010 Jun; Stockholm, Sweden.
9. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change and grow. 4th ed. NewYork: Guilford Press; 2023.
10. American Association of Diabetes Educators. An effective model of diabetes care and education: revising the AADE7 Self-Care Behaviors®. *Diabetes Educ* 2020;46(2):139-60.
11. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ* 2563;16(3):59-68.
12. ภูเบตร พัฒนากร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาลต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *ยโสธรเวชสาร* 2565;24(1):106-15.
13. ยุวดี คาคีวี, อติศร อุดรทักษ์. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2566;8(2):390-96.
14. ชนันทพร มงคลรังสฤษฎ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน* 2567;34(2):34-45.

15. ปันตดา ไจมา, พิมพ์ใจ อุ๋นบ้าน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2567;4(3):e267206.
16. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;14(3):134-45.
17. American College of Lifestyle Medicine. Lifestyle medicine [Internet]. Chesterfield (MO): ACLM; [cited 2026 Feb 2]. Available from: <https://www.lifestylemedicine.org>
18. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด; 2563.
19. Nemoto T, Beglar D. Developing Likert-scale questionnaires. In: Sonda N, Krause A, editors. JALT2013 Conference Proceedings. Tokyo: JALT; 2014. p. 1-8.
20. Guskey TR. Closing achievement gaps: Revisiting Benjamin S. Bloom's Learning for Mastery. J Adv Acad 2007;19(1):10-15.
21. Salimi C, Momtazi S, Zenuzian S. A review on effectiveness of motivational interviewing in the management of diabetes mellitus. J Psychol Clin Psychiatry 2016;5(4):00294.
22. Dogru A, Owayolu N, Owayolu O. The effect of motivational interviewing in persons with diabetes on self-management and metabolic variables. J Pak Med Assoc 2019;69(3):294-300.
23. Huang Z. Impact of motivational interviewing by a pharmacist on people with diabetes receiving the hepatitis B vaccine. J Mol Pharm Org Process Res [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 2];11(2):162. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36115757/>
24. พิศมัย สุตรสุวรรณ. ผลของการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2568] เข้าถึงได้จาก:<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2332>
25. กนกวรรณ วัฒนกร, อารณ ดีนาน, สมสมัย พูลพรรณ, Schneider JK. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินในคนไทยที่เป็นโรคเบาหวานและโรคอ้วน: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม. วารสารการวิจัยทางการแพทย์ระหว่างประเทศแถบภูมิภาคมหาสมุทรแปซิฟิก 2556;17(4):356-70.
26. Sawaengsri N, Maneesriwongul W, Schorr EN, Wangpitipanit S. Effects of telephone-based brief motivational interviewing on self-management, medication adherence, and glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus in a rural community in Thailand. Patient Prefer Adherence 2023;17:2085-96. doi:10.2147/PPA.S418514.
27. Huang J, Li X, Liao Q, Feng Z, Cheng G. Effects of motivational interviewing on self-management and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Adv Nurs 2023;79(11):4102-18.

28. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55(513):305-12.
29. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2016;99(6):944-52.
30. พัชรินทร์ ฉุยเมี่ยง, สุพรรณิ เกิดม่วง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2567;32(1):45-58.