

The effect of a diet program for working-age diabetic patients with uncontrolled glycemia levels: A case study in Lom Sak District of Phetchabun Province

Sukuma Thosuwan^{1*}

¹ Lomsak Hospital, Phetchabun Provincial Public Health Office, Thailand 67110, Thailand

* Corresponding author E-mail: Kob.suku@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

- Received 15 September 2023

- Revised 31 March 2024

- Accepted 23 April 2024

Keywords:

working-age diabetic patient, uncontrolled glycemia level in working-age diabetic patient, diet program for working-age diabetic patient

ABSTRACT

Background: Diabetes is a chronic non-communicable disease that remains a health problem. All over the world, be given great importance, especially diabetes in working-age people who cannot control their sugar levels because it will cause various complications as a result. Important factors are related to eating habits, especially the people's way of life food.

Aim: The main objective of this research was to study the effectiveness of the food program for working-age diabetic patients who cannot control their sugar levels: a case study of Lom Sak District of Phetchabun Province.

Methods: This study is research and development that is conducted in four steps: 1) basic information and program development guidelines study, 2) creating and studying program quality, 3) experimenting and studying the results of using the program, and 4) studying satisfaction with using the program. The sample groups in steps 1 and 2 selected specific types that consisted of a multidisciplinary team of 8 samples and public health volunteers with diabetes 13 samples. The tools used in this step of research are 1) a cumulative blood sugar form, 2) a questionnaire, and 3) a focus group discussion to draw up the format of the program. The sample group in steps 3 and 4 was 60 working-age diabetic patients who had uncontrolled blood sugar levels and received treatment at the family doctor's clinic of Lom Sak Hospital selected specifically were randomly assigned into an experimental group and a control group, 30 samples per group. The experimental group received a developed food program with four activities, followed up continuously for three months, and the control group received pre-development services. The research tools include 1) a self-efficacy confidence assessment in performing food self-management behaviors, 2) an assessment of self-management behavior practices, 3) a blood sugar form, and 4) a questionnaire about satisfaction with using the program. Data were analyzed using mean (X), standard deviation (S.D.), pair sample t-test, and independent t-test statistics.

Results: 1) Results of cumulative blood sugar control data of working-age diabetic patients who came to receive treatment at the family doctor's clinic of Lomsak Hospital, only 35.54 % of patients with good blood sugar control still did not meet the target criteria. Stakeholders must participate in creating guidelines for controlling blood sugar levels in working-age diabetic patients who cannot control their blood sugar levels. There are guidelines for program development. From the concept of self-efficacy belief theory (Bandura,1977) and the concept of self-management in patients with chronic diseases (Creer, 2000) 2) A food program for working-age diabetic patients who cannot control their sugar levels has five main components: 2.1) Principles, 2.2) Objectives, 2.3) Content, 2.4) Process, and 2.5) Measurement and Evaluation. The process section 2.4 consists of 9 sub-steps: (1) observing the experiences of others and exchanging knowledge from the model, (2) collecting data and recording one's data, (3) processing and

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuwan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

 **63**

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

ABSTRACT

analyzing Information, (4) physical and mental conditions, (5) persuasive speaking, (6) decision-making, (7) goal setting, (8) taking action, and (9) reflecting on problems and obstacles and the result of the inspection of the quality of the food programs developed by experts was at good level. 3) The results of the experiment and study of the use of the food program found that the experimental group had an average score of perception of food consumption practices and practicing food self-management behaviors Higher than before the experiment with statistical significance at the .05 level and the mean accumulated blood sugar level was lower than before the experiment and lower than the control group The efficiency of controlling accumulated blood sugar levels is close to the threshold of statistical significance at the .05 level, and 4) the result of the study of satisfaction with the developed program was at a high level.

Conclusions: Promoting self-management with a food program for working-age diabetic patients who are uncontrolled, their sugar levels have increased effective awareness of food self-management until they can practice food consumption according to lifestyle. As a result, the accumulated sugar level in the blood will decrease to an appropriate level according to the practice period.

64

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงาน

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

สุกมา เกษสุวรรณ^{1*}

¹ โรงพยาบาลห่มสัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ประเทศไทย 67110

* Corresponding author E-mail: Kob.suku@gmail.com

ข้อมูลบทความ	บทคัดย่อ
ประวัติบทความ <ul style="list-style-type: none">- รับ 15 กันยายน 2566- แก้ไข 31 มีนาคม 2567- ตอรับ 23 เมษายน 2567	ความเป็นมา โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะโรคเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพราะจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารตามวิถีชีวิตของประชาชน
คำสำคัญ <p>เบาหวานในวัยทำงาน, การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงาน, โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงาน</p>	วัตถุประสงค์การวิจัย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
	วิธีการดำเนินการวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางการพัฒนาโปรแกรม 2) การสร้างและศึกษาคุณภาพโปรแกรม 3) การทดลองและศึกษาผลการใช้โปรแกรม และ 4) การศึกษาความพึงพอใจการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ 8 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคเบาหวาน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ขั้นตอนนี้ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำตาลสะสม 2) แบบสอบถาม และ 3) การสนทนากลุ่ม เพื่อนำมาร่างรูปแบบของโปรแกรม และในขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มารับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลห่มสัก จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และทำการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านอาหาร โดยพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยกำหนดให้มีกิจกรรม 4 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร 2) แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3) แบบบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติการทดสอบที (Pair sample t-test) และ (Independent t-test)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

บทคัดย่อ

ผลการวิจัย 1) ผลการศึกษาข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงาน ซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกหัตถการครบถ้วน โรงพยาบาลหล่มสัก มีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีเพียง ร้อยละ 35.54 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีแนวทางการพัฒนาโปรแกรม จากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเอง (Bandura,1977) และแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Creer,2000) 2) โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 2.1) หลักการ 2.2) วัตถุประสงค์ 2.3) เนื้อหา 2.4) กระบวนการ และ 2.5) การวัดและประเมินผล โดยในส่วนกระบวนการข้อ 2.4 ประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอนย่อย คือ (1) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบ (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดบันทึกข้อมูลตนเอง (3) การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล (4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ (5) การพูดชักจูง (6) การตัดสินใจ (7) การตั้งเป้าหมาย (8) การลงมือทำ และ (9) การสะท้อนปัญหาและอุปสรรค มีผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมอาหารที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในระดับดี 3) ผลการทดลองและศึกษาการใช้โปรแกรมอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ และการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยประสิทธิภาพการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดใกล้เคียงกับเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก

สรุป การส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีประสิทธิผลทำให้เพิ่มการรับรู้การจัดการตนเองด้านอาหาร จนเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนในเรื่องการบริโภคอาหารตามวิถีชีวิต ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงในเกณฑ์ที่เหมาะสมตามระยะเวลาที่ปฏิบัติ

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาของโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชากรโลก และระบบการบริการสุขภาพ สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 537 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2564 (International Diabetes Federation, 2021) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมีอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 18.5 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2533 - 2564 ร้อยละ 49 และร้อยละ 10.8 ตามลำดับ (Safiri et al., 2022) เช่นเดียวกับในประเทศไทย ที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 อัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 9.5 เพิ่มขึ้น 1.38 เท่า จากปี พ.ศ. 2552 (วิชัย เอกพลากร, 2564) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลของร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Papatheodorou et al., 2018) จากการศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 24 ประเทศทั่วโลก พบว่า ในระยะเวลา 3 ปี ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 31.5 ส่วนใหญ่เป็นโรคความผิดปกติของเส้นประสาท และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ 16.6 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Arnold et al., 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า อัตราความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานมีมากที่สุด ที่ร้อยละ 38.3 รองลงมา คือ ทางตา ร้อยละ 23.7 และทางเท้า ร้อยละ 15 ตามลำดับ (Potisat et al., 2013)

จากรายงานข้อมูลทางสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 698 ราย ในปี 2564 - 2566 พบผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง ร้อยละ 38.89, 40.43, และ 40.68 ตามลำดับ (โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์, 2566) การรักษาโรคเบาหวานมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะให้ได้ผลดีนั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำการจัดการตนเอง (Self-management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลตนเอง เป็นเทคนิคที่ใช้ปรับพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันทุกวัน นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยมากมายสนับสนุนว่า ความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) เกิดมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย (Bandura,1977) ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเองสูงจะเกิดการจัดการตนเองได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการจัดทำโปรแกรมอาหาร ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) (Bandura,1977) และ แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Self-management of chronic illness) (Creer,2000)

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

มาเป็นแนวทางสร้างชุดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยพยาบาลมีบทบาทในการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ต่อผู้ป่วย จากเดิมที่มุ่งค้นหาปัญหาในผู้ป่วย มาเป็นค้นหาจุดแข็ง (Strength) ในผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการค้นหาเป้าหมายของตนเอง และเสริมสร้างพลังใจในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ก็จะเกิดทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมจนบรรลุเป้าหมายการรักษา คือ ควบคุมโรคอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ช่วยลดอัตราการเกิดโรคร่วมอื่นๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ใช้แนวคิดในการเขียน ของ พงศ์พิชญ์ บุญดา (Boonda P., 2019; Boonda P., 2021 pp 65-79)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอหล่มสัก และแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้เพื่อ
2. เพื่อสร้างและตรวจสอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
3. เพื่อทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง/ กรอบแนวคิดการวิจัย

1. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่องผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้: กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้ขั้นตอนหลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของ พงศ์พิชญ์ บุญดา (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021 pp 65-79; Boonda P., 2021 pp 80-86) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการจำเป็น ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบ [แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98)] ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการใช้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งมีการใช้คำว่า "ขั้นตอน" ที่สอดคล้องกับขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์และมุ่งเน้นสู่การแก้ปัญหา

2. การจัดการตนเอง (Self-management) การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่มีมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยนักจิตวิทยา Albert Bandura ที่เชื่อว่าพฤติกรรมจัดการตนเองของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ (Bandura, 1963) ความเชื่อมั่นสมรรถนะในตน (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการและดำเนินพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย Bandura ได้ให้แนวคิดที่มาของความเชื่อมั่นสมรรถนะในตน

เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนเกิดการจัดการตนเองได้ด้วย 4 ปัจจัย 1) ประสบการณ์ในการจัดการตนเอง (Mastery experience) สิ่งที่สำคัญที่สุดในการสร้างการจัดการตนเอง คือประสบการณ์ตรง การได้ลงมือปฏิบัติหรือการประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง มีอิทธิพลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นได้ 2) การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น (Vicarious experience) การที่ผู้ป่วยได้เห็นผลสำเร็จของคนต้นแบบ จะสนับสนุนความเชื่อมั่นว่าตนเองก็จะประสบผลสำเร็จได้ 3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) การพูดชักจูงจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เชื่อถือ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ พ่อ-แม่ มีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วย และ 4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ (Emotion & physiological states) สภาวะความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่น ถ้าร่างกายสมบูรณ์และจิตใจที่เข้มแข็ง จะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเองได้ (Bandura, 1977) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory: SCT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย Bandura ศึกษาความเชื่อ ของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเอง (Self - efficacy) (Bandura, A., 1986; Bandura, A., 1997) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการ รับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษา พฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์ จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่าง โดยมีพันธุกรรม สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกันซึ่งยากแก่การตัดสินว่า พฤติกรรมนั้นๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งถ้าหากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถตนเอง และ คาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เขาจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Tansakul, S., 2007)

การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Self-management of chronic illness) ของ Thomas Creer (Creer, 2000) เชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ด้วยการให้แรงเสริมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การจัดการตนเองด้านการควบคุมโรคในผู้ป่วยเรื้อรัง กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นโดยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ร่วมกันตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังตัวเอง เกี่ยวกับอาการ และการบันทึกข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง 4) การตัดสินใจ (Decision) เป็นขั้นตอนการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเอง และตัดสินใจเลือกในการปฏิบัติอย่างเหมาะสม 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเอง โดยการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมภาวะการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม และ 6) การสะท้อนตนเอง (Self-reflection) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง ว่าสามารถควบคุมโรคได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ หรือต้องฝึกทักษะ หรือปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม

69

ผลของโปรแกรมอาหาร
สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
ในวัยทำงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎี

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

- แนวคิด/ ทฤษฎี
- แนวคิดการวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021 pp 65-79; Boonda P., 2021 pp 80-86) แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98)
 - ความเชื่อมั่นสมรรถนะในตน (Self-efficacy) (Bandura,1977)
 - การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Self-management of chronic illness) ของ Thomas Creer (Creer,2000)
 - แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

- โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
- หลักการ
 - วัตถุประสงค์
 - เนื้อหา
 - กระบวนการ
 - การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดบันทึกข้อมูลตนเอง
 - การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล
 - สภาวะทางร่างกายและจิตใจ
 - การพูดชักจูง
 - การตัดสินใจ
 - การตั้งเป้าหมาย
 - การลงมือทำ
 - การสะท้อนปัญหาและอุปสรรค
 - การวัดและประเมินผล
 - การรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ
 - การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร
 - ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

- ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
- การรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ
 - การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร
 - ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่อง ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้ขั้นตอนหลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021 pp 65-79; Boonda P., 2021 pp 80-86) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอห่มสัก และแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงาน ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ [แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98)] ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และขั้นตอนที่ 4 ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอห่มสัก และแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอห่มสัก

1. เนื้อหา เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลห่มสัก
2. แหล่งข้อมูล จาก (1) สรุปลงานประจำปีของโรงพยาบาลห่มสัก (HDC) (2) ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลห่มสักและทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังคลินิกห่มสัก โรงพยาบาลห่มสัก (3) จากทีมสหวิชาชีพ 8 คน และ(4) อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคเบาหวาน 13 คน ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้รับบริการที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในที่ไม่ควบคุมไม่ได้ (HbA1c \geq 7) ในช่วงปีงบประมาณ 2566 สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย Insulin ชนิดฉีด ที่ยังไม่มีความแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด
3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อัตราป่วย ภาวะแทรกซ้อน อัตราตาย ฯลฯ
4. เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถาม
5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการวิจัย โดยขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 3/2566.1.7 และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทั้งวาจา พร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิ์ปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ

6. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการประสานหน่วยงานแหล่งข้อมูลตามระบบราชการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ 2 ส่วนคือ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) ได้แก่ การจัดประเภทของข้อมูลระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ การตรวจสอบความถูกต้อง

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ส่วนที่ 2 การศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้

1. เนื้อหา เป็นการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นฐานในการร่างโปรแกรม

2. แหล่งข้อมูล จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน จากห้องสมุด และฐานข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และทีมสหวิชาชีพและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน นักโภชนาการ 1 คนเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขวัยทำงานที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน รวมจำนวน 11 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการตนเองและการตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้

4. เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi- Structure Interview) สำหรับการสนทนากลุ่ม (Group Discussion)

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสักอนุมัติ เมื่อได้รับอนุญาต จึงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์ และการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้: กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ส่วน โดยใช้แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ของ พงศ์พิชญ์ บุญดา (Boonda P., 2020 pp 89-98)

ส่วนที่ 1 สร้างองค์ประกอบของโปรแกรมอาหาร

ขั้นที่ 1 การยกร่างโปรแกรมอาหาร

1. เนื้อหา ร่างโปรแกรมอาหาร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและประเมินผล โดยในส่วนกระบวนการข้อ 4 ประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การสังเกตประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarios experience) 2) เก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ (Emotional & physiological states) 5) การพูดชักจูง (Verbral persuasion) 6) การตัดสินใจ (Decision making) 7) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) 8) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 9) การสะท้อนคิด (Self-reaction)

2. แหล่งข้อมูล เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือร่างองค์ประกอบโปรแกรมอาหาร

4. เครื่องมือ เป็นแบบบันทึกข้อมูลผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมอาหาร กำหนดองค์ประกอบ และสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูล แล้วจึงเขียนรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบให้สมบูรณ์ จนได้โปรแกรมอาหารฉบับร่าง

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ขั้นที่ 2 จัดทำเอกสารประกอบโปรแกรมอาหาร ได้แก่ คู่มือและแผนตามโปรแกรมอาหารที่พัฒนา จำนวน 1 แผน เพื่อเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบโปรแกรมอาหาร

ขั้นที่ 1 ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมอาหาร

1. เนื้อหา เป็นโปรแกรมอาหารฉบับร่าง 5 องค์ประกอบหลัก และ 9 ขั้นตอนย่อยในส่วนกระบวนการเพื่อใช้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมขององค์ประกอบ และเอกสารประกอบวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสาธารณสุข 1 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ ร่างองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตัวแปรตาม คือ คุณภาพองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

3. แหล่งข้อมูล ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน อาจารย์พยาบาลชุมชน 1 คน พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความคิดเห็นตามร่างองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้แก่ แบบประเมินโปรแกรมอาหาร แบบประเมินคู่มือ และแบบประเมินแผน

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการนำ (ร่าง) องค์ประกอบของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านการแพทย์ พยาบาล และด้านสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบคุณภาพ ได้ประเมินในประเด็นความครอบคลุมขององค์ประกอบต่างๆ รวมถึงกระบวนการของโปรแกรมฯ

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาล

1. เนื้อหา คือ การใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2. แหล่งข้อมูล เป็นผู้รับบริการที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลหล่มสัก ในปีพ.ศ. 2566 อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c \geq 7)

2.1. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

2.2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ มีดังนี้

2.2.1. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ

2.2.2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย Insulin ชนิดฉีด

2.2.3. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมยินดีให้ความร่วมมือและสามารถมาตามนัดในการรับการตรวจรักษาพยาบาลและเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

2.3.เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ดังนี้

2.3.1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินรุนแรงระหว่างดำเนินการทดลอง เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

2.3.2. ถอนตัวออกจากกิจกรรม

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตัวแปรตาม คือ ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

4. เครื่องมือ เป็นโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แบบบันทึกการรับประทานอาหาร แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร แบบบันทึกค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการวิจัย โดยขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 3/2566.1.7 และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทั้งวาจา พร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิ์ปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ

6. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้โปรแกรม และการประเมิน (Formative Evaluation) ด้วยแบบประเมินการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1.กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยพยาบาล ด้วยโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ด้วย 9 ขั้นตอน คือ 1) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลข้อมูล 4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ 5) การพูดชักจูง 6) ตัดสินใจ 7) ตั้งเป้าหมาย 8) ลงมือทำ 9) การสะท้อน มีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลอง 4 ครั้ง ดังนี้

6.1.1. ครั้งที่ 1: สร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้จากตัวแบบมีชีวิต (เล่าประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการจัดการตนเอง) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน เก็บรวบรวมข้อมูลการรับประทานอาหารของตน (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

6.1.2. ครั้งที่ 2: ประมวลประเมินข้อมูลการรับประทานตามวิธีที่จัดบันทึกไว้ ประเมินสภาวะร่างกาย-จิตใจ สร้างความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกัน พูดชักจูง

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ ตั้งเป้าหมายในการรักษาของตนเอง พร้อมบันทึกเป็น “สัญญาใจ” (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

6.1.3. ครั้งที่ 3: ลงมือปฏิบัติ ให้ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร ตามคู่มืออาหารให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเมินความพร้อมของตนเอง เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนบทบาทแนวทางปฏิบัติ แนะนำวิธีบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกข้อมูลการรับประทานรายสัปดาห์ (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

6.1.4. ครั้งที่ 4: สะท้อนข้อมูล-แก้ไขปัญหา ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล โดยติดตามการบันทึกข้อมูลของกลุ่มทดลอง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมสรุป นำเสนอในกลุ่มร่วมกันแก้ไขปัญหาพร้อมแพทย์ พยาบาล (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

ติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จึงเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร และแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอาหาร ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการวิจัย

6.2. กลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามนัดปกติ เก็บข้อมูลหลังทดลอง 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนที่ได้จากการประเมินผลของโปรแกรม ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือด การรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร และการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอาหาร ใช้การทดสอบ independent t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มใช้การทดลอง paired sample t-test

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

1. เนื้อหา เป็นความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2. แหล่งข้อมูล เป็นผู้รับบริการที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลหล่มสัก ในปีพ.ศ. 2566 อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c \geq 7)

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

4. เครื่องมือ เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ประยุกต์จากแบบประเมินความพึงพอใจ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการภายหลังจากการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้โปรแกรม
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาศถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอห่มสัก และแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้

1.1. ผลการศึกษาศถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอห่มสัก จากข้อมูลสรุปผลงานประจำปีของโรงพยาบาลห่มสัก ทะเบียนผู้ป่วยโรงเรีอรั้งคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลห่มสักระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 - มีนาคม พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานมารับบริการจำนวน 212 คน และที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c < 7) ร้อยละ 38.79 ซึ่งยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด Service Plan สาขา NCD ซึ่งจากเพิ่มประวัติการรักษา และจากการสนทนากลุ่มพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากวิถีชีวิตบริโภคอาหารที่มีแป้งสูง ร้อยละ 43.45 เช่น ข้าวเหนียว กะทิ พืชผัก ผลไม้หวานประจำถิ่น เช่น ทูเรียน มะม่วง มะขามหวาน สะเดาหวาน นอกจากนี้ร้อยละ 36.02 รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา สาเหตุจากการไปงานเลี้ยงสังสรรค์ งานเฉลิมฉลองเทศกาลกับเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง กินมื่อดึก ทำงานกลางคืนเนื่องจากอำเภอห่มสัก เป็น ศูนย์กลางการคมนาคม และแหล่งท่องเที่ยว มีร้านอาหารและเครื่องดื่ม ร้านสะดวกซื้อเปิดให้บริการจำนวนมาก ทำให้ยากต่อการจำกัดการรับประทานอาหารนอกมื้อ และร้อยละ 20.55 ยังขาดความรู้และทักษะการจัดการตนเองด้านอาหารที่ดี

1.2. ผลการศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและการสนทนากลุ่ม พบว่า แนวทางที่ทำให้เกิดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ การปฏิบัติตนได้เหมาะสม โดยไม่รับประทานอาหารหวาน ร้อยละ 62.01 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อตรงเวลา ร้อยละ 41.56 และไม่รับประทานอาหารที่มีแป้งสูง ร้อยละ 25.43 การสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วย ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการตายก่อนวัยอันควร (คือ การตายในช่วง 30-70 ปี) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การจัดการตนเองเป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญ เป็นแนวคิดที่มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยนักจิตวิทยา Albert Bandura ที่เชื่อว่า พฤติกรรมจัดการตนเองของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่มีสมรรถนะจัดการตนเองได้ดี จะมีความกระตือรือร้น มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การเสริมสร้าง

สมรรถนะในตนเองให้สูงขึ้น ตามแนวคิดความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) (Bandura, 1977) เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนให้เกิด การจัดการตนเองได้ด้วย 4 ปัจจัย 1) ประสบการณ์ในการจัดการตนเอง 2) การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น 3) การพูดชักจูง 4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ และกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ตามแนวความคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Self-management of chronic illness (Creer, 2000) ประกอบด้วย การ 1) ตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนตนเอง นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารต่อไป

2. ผลการสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้: กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

2.1. ผลการสร้างองค์ประกอบของโปรแกรมอาหาร พบว่า โปรแกรมอาหาร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและประเมินผล โดยในส่วนกระบวนการข้อ 4 ประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การสังเกตประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarios experience) 2) เก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ (Emotional & physiological states) 5) การพูดชักจูง (Verbral persuasion) 6) การตัดสินใจ (Decision making) 7) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) 8) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 9) การสะท้อนคิด (Self-reaction)

โดยที่ องค์ประกอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้: กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยเลือกประเด็นที่มีค่ามากกว่าร้อยละ 50 เป็นหลักในการนำมาร่างองค์ประกอบโปรแกรม ทั้งนี้มีประเด็นที่มีค่าน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่ผู้วิจัยได้นำมาร่วมประกอบการร่างองค์ประกอบของโปรแกรมด้วย ด้วยเหตุผลที่ว่า มีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของตัวแทนผู้ป่วยในชุมชน และทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโดยตรงตามพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ โดยมี 2 แนวคิดทฤษฎีเป็นฐานในการสังเคราะห์และสรุปผล คือ 1) ความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเอง (Bandura, 1977) ที่เป็นแนวทางสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองได้ด้วย 4 ปัจจัย (1) ประสบการณ์ในการจัดการตนเอง (2) การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น (3) การพูดชักจูง และ (4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ และ 2) กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวความคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Creer, 2000) ประกอบด้วย การ (1) ตั้งเป้าหมาย (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (4) การตัดสินใจ (5) การลงมือปฏิบัติ และ (6) การสะท้อนตนเอง โดยมีรายละเอียดการสังเคราะห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการ

สังเคราะห์จำแนกตามหมวดหมู่
เนื้อหาขององค์ประกอบ
โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วย
เบาหวานวัยทำงานที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลไม่ได้

ที่มาของวิธีการ : ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์
วรรณกรรม ของ พงศ์พิชญ์ บุญตา
(Boonda, P., 2021 No.398059;
Boonda, P., 2021 No.398060) และ
แนวคิดของ พงศ์พิชญ์ บุญตา
(Boonda, P., 2020 pp. 89-98)

องค์ประกอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วย
เบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

	Sanbudda, T., (2023).	Leoprasit, P. (2023).	พินิตารัตน์ ศรี (2023).	Preubupoth, K. & Khanom, S. (2022).	เนงฟู โอบะ & นวรัตน์ สุทธิปัญญาภรณ์ (2022).	กฤตกร พันธ์สระ แลงดณะ (2020).	พิณพร อุ่น วงศ์ & มณี บุญศักดิ์ (2023).	Phinyo, P. et al. (2021).	Cheer T.L. Self-management of chronic illness: ความท้าทาย ศรัทธา & นวัตกรรมในเขตภาคเหนือ (2022).	บริษัทยา อุตสาหกรรม & วิจัยวิจัย ชุมชน (2021).	ชุมชน	ที่ส่งเสริมสุขภาพ	รวมทั้งหมด	%
การสร้างสัมพันธภาพ นัดหมาย สื่อสาร	✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	7	53.85
การยอมรับ	✓		✓									✓	3	23.08
การตั้งเป้าหมาย	✓		✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	10	76.92
การให้ข้อมูลที่จำเป็น รวบรวมข้อมูล	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	84.62
การใช้ตัวแบบ	✓						✓				✓	✓	4	30.77
การวางแผน	✓		✓	✓		✓	✓				✓	✓	7	53.85
ฝึกทักษะการดูแลตัวเอง ลงมือปฏิบัติ	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	84.62
การค้นหาคำปรึกษา ประเมินตนเองและวิเคราะห์แนว ทางแก้ไขปัญหา	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	13	100
จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน		✓	✓			✓	✓					✓	5	38.46
ให้แรงเสริมตนเอง สัมภาษณ์ทางสังคม	✓		✓			✓	✓				✓		5	38.46
การตรวจรักษา การให้ความรู้ คำปรึกษา สร้าง แรงจูงใจ		✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	7	53.85
ติดตามและประเมินพฤติกรรมการดูแล อุปสรรค สะท้อนคิด		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	10	76.92
มีส่วนร่วม				✓		✓					✓		2	15.38
ประสบการณ์การความสำเร็จของตนเอง						✓	✓		✓	✓	✓		4	30
แจกคู่มือ						✓	✓				✓	✓	2	15.38
การตัดสินใจ								✓	✓	✓	✓	✓	3	23.08

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

ตารางที่ 2

แสดงกิจกรรมตามองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอห้วยสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda, P., 2021 No. 398061)

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
1. การสังเกตประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) • (สัปดาห์ที่ 1)	1.สร้างสัมพันธ์ภาพกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิทยากรกับกลุ่มตัวอย่าง 2.กิจกรรมละลายพฤติกรรมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมกระตุ้นความสนใจ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เปิดรับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3.แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวแบบ	1.กล่าวต้อนรับ แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรม 2.กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ด้วยเกมส์ "ลมเพ ลมพัด" เพื่อทำกิจกรรม 3.ประเมินความรู้เรื่องสาเหตุอาการ ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน 4.นำเสนอตัวแบบ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์การจัดการตนเอง	1.รับฟังวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมซักถามข้อสงสัย 2.ร่วมกิจกรรมเล่นเกมส์ แบ่งกลุ่ม 3.กลุ่มสมาชิกแนะนำตนเอง กิจกรรม "เล่าสู่กันฟัง" เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล เช่น ระยะเวลาของการป่วย ยาที่ได้รับ ปัญหาที่พบขณะป่วย ความคาดหวัง 4.ทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน 5. ฟังตัวแบบเล่าประสบการณ์การจัดการตนเอง	1.ป้ายชื่อ 2.แบบลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม 3.ทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน 4. สื่อบุคคล	1.สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 2.จำนวนสมาชิกที่ลงทะเบียนยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 3.ผลคะแนนแบบวัดความรู้

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuwan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
2. เก็บรวบรวมข้อมูล แสวงหาข้อมูล (Information collection)	1.ให้ข้อมูลเฉพาะโรค 2.. สังเกตพฤติกรรมตนเอง (self -observation) -การเฝ้าระวังตนเอง (self -monitoring) 3.การบันทึกข้อมูลตนเอง (self -recording)	ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโรคเบาหวานสาเหตุ อาการภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลเป้าหมาย 2.แนะนำสังเกตพฤติกรรมที่เป็นวิถีชีวิตประจำวันตนเองและลงบันทึกข้อมูล ดังนี้ 2.1. เกี่ยวกับการบริโภค 2.2 กิจกรรมทางกาย 2.3 การใช้ยา 2.4 อาการผิดปกติ 2.5 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	1.ฟังบรรยาย เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุอาการ ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน 2.ฟังคำแนะนำวิธีการจดบันทึกข้อมูล 2.1. อายุ น้ำหนักส่วนสูง รอบเอว ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 2.2. ประวัติการเจ็บป่วยการรักษา ยาอาการผิดปกติที่พบ 2.3. จดบันทึกชนิดอาหาร ปริมาณ เวลาที่รับประทานและกิจกรรมทางกายภายใน 1 สัปดาห์	1.power point 2.สมุดประจำตัว 3.ตารางบันทึกรายการอาหารและกิจกรรมใน 1 สัปดาห์	สังเกต ความสนใจและการมีส่วนร่วม ในกิจกรรม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิเชฏ์ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuwan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

81

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงาน

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
3.การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) • (สัปดาห์ที่ 2)	1. รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการมาวิเคราะห์ประมวลผล เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน 2.ประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเอง 3.ระบุทักษะที่จำเป็น	1. ทบทวนเกณฑ์มาตรฐานเป้าหมายการรักษา 2. แนะนำวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง 3.ออกแบบการประเมินผลรายบุคคลและร่วมประเมินความเสี่ยง 4. นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงรายบุคคล เรื่องระดับค่าน้ำตาล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5.กระตุ้นให้ค้นหาปัญหาและความต้องการ. 6.ระบุทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง	1.เปรียบเทียบข้อมูลกับเกณฑ์เป้าหมายการรักษา 2.รับรู้ระดับความเสี่ยงของตนเอง 3.ทำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 3.สนทนากลุ่มช่วยกันค้นหาสาเหตุของปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4.รับฟังวิธีการปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองที่เคยประสบผลสำเร็จ 5.. ฝึกทักษะการบันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัว	แบบประเมินและบันทึกสรุปความเสี่ยงแบบประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเอง	สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda, P., 2021 No. 398061)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

PHIRD
2,2

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
4. สภาวะทางร่างกายและจิตใจ (Emotional & physiological states)	ประเมินสภาพร่างกายจิตใจ	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต ประเมินภาวะซึมเศร้า แจ้งผลรายบุคคล สอนผ่อนคลายความเครียด-สมาธิตนรีบำบัด	รับการตรวจร่างกาย ผีกผ่อนคลายด้วย ดนตรีบำบัด	1. เครื่องเจาะเลือด ปลายนิ้ว 2. เครื่องวัดความดันโลหิต 3.VDO เพลงดัง ดอกไม้บ้านของเสถียรธรรมสถาน	- ระดับน้ำตาลในเลือด - ระดับความดันโลหิต - ภาวะซึมเศร้า - ภาวะเครียด
5.การพูดชักจูง (Verbal persuasion)	สร้างแรงจูงใจ ตระหนักรู้ มุ่งมั่นเสริมพลัง ให้เกิดความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง	1.สนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (MI) เทคนิค 3A ให้เกิดการตระหนักรู้ในเรื่องการเจ็บป่วย ช่วยกันค้นหาแรงจูงใจขอ ผู้รับบริการ 2. ยืนยัน ชมเชยจุดแข็งของผู้รับบริการช่วยเสริมพลัง เพื่อสร้างความมั่นใจ (Self-efficacy) 3.จัดบันทึกและสรุปแรงจูงใจ-ปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการ 3.ให้ทางเลือกและการมีส่วนร่วม	1.เล่าสิ่งที่เป็นแรงบันดาลใจ สิ่งที่น่ากลัว สิ่งที่น่ากลัวอยากให้เกิดขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต 2.ให้คำแนะนำความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเอง 3.ร่วมกันออกแบบและตามทางเลือก	สมุดบันทึก แบบวัดความเชื่อมั่น ต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง	สังเกตความสนใจและ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P., 2021 No. 398061)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

83

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
6.การตัดสินใจ (Decision making)	1.สร้างความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการการวางแผนและตัดสินใจร่วมกัน 2.สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ	1.ชวนทบทวนสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ 2. กระตุ้นให้ทบทวนทักษะการจัดการตนเองที่เคยประสบผลสำเร็จเพื่อการตัดสินใจ และวางแผนแก้ไขปัญหา 3.ให้ทางเลือกในกิจกรรมประจำวัน	1. พบสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของตนเอง 2.ตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการตนเองด้านการบริโภคที่เหมาะสม 3.รับฟังความรู้เรื่องการเลือกบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 4.จดบันทึกสิ่งที่จะปฏิบัติลงในสมุดประจำตัว	สมุดบันทึกประจำตัว	ความเป็นเหตุเป็นผลของการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการตนเองด้านการบริโภคที่เหมาะสม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ พงศ์พิษณู บุญดา (Boonda, P., 2021 No. 398061)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuwan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
7.การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting)	การสร้างความร่วมมือของผู้รับบริการร่วมกับทีมสุขภาพถึงเป้าหมาย การดูแลสุขภาพ	กระตุ้นให้กำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นโดยผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ให้การดูแล ร่วมกันตั้งเป้าหมาย	1.เลือกตั้งเป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเอง ระยะสั้น เช่น ลดกาแฟ เปลี่ยนชนิดของข้าว และระยะยาวภายใน 3 เดือน เช่น มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 2.จัดบันทึกเป้าหมายและพันธะสัญญาลงในสมุดประจำตัว	สมุดบันทึกประจำตัว	ความเป็นเหตุเป็นผลของการตั้งเป้าหมาย การดูแลสุขภาพของตนเอง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P., 2021 No. 398061)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuwan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

85

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงาน

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
8.การลงมือปฏิบัติ (Action)	การดำเนินการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	1.บรรยายความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน 2.ฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยการสาธิตการจัดเมนูอาหาร 3มื้อใน 1 วัน อาหารแลกเปลี่ยน 3. สนับสนุนให้ข้อมูล แจกคู่มืออาหารโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 4.. ช่วยออกแบบการให้รางวัลตนเอง 5.เสนอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	1.ฟังความรู้เรื่องอาหารเบาหวานและการจัดการตนเอง 2.ร่วมฝึกทักษะการจัดเมนูอาหารให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน 3.ปฏิบัติตามแนวทางในคู่มืออาหารโรคเบาหวาน 4.สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	1.สมุดประจำตัวผู้รับบริการ 2.power point. เรื่องอาหาร โมเดลอาหาร 2.ตารางบันทึกรายการอาหาร 3.คู่มืออาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตให้ใช้สิทธิ์วรรณกรรม ของ พงศ์พิষণ บุนญาตา (Boonda, P., 2021 No. 398061)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuwan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

3. ผลการทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษา อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นเพศหญิงมากกว่า คือ ร้อยละ 63.33 และเพศชาย ร้อยละ 36.66 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมมีเพศหญิงมากกว่า คือ ร้อยละ 66.66 และเพศชาย ร้อยละ 33.33 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีกำหนดหมายต่างช่วงเวลา

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคะแนนการรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคะแนนการรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้การปฏิบัติตน	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม					
กลุ่มควบคุม (Pre)	30	36.55	11.42	0.97	0.339
กลุ่มควบคุม (Post)	30	34.48	6.95		
ก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	37.67	10.06	-14.44*	0.001
กลุ่มทดลอง (Post)	30	67.00	12.07		

p < .01

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ 37.67±10.06 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.00± 12.07 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของการรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ก่อน และหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 36.55±11.42 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.48±6.95 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ก่อน และหลังการทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.339)

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 37.67±10.06 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 36.55±11.42 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้

การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.692) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 67.00 ± 12.07 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 34.48 ± 6.95 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้การปฏิบัติตน	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	37.67	10.06	0.398	0.692
กลุ่มควบคุม (Pre)	30	36.55	11.42		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	30	67.00	12.07	12.67*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	30	34.48	6.95		

p < .01, *กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 100 คะแนน)

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม					
กลุ่มควบคุม (Pre)	30	34.83	14.35	0.215	0.831
กลุ่มควบคุม (Post)	30	34.14	15.99		
ก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	35.67	9.94	-9.645*	0.001
กลุ่มทดลอง (Post)	30	78.19	12.04		

p < .01

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.67 ± 9.94 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 78.19 ± 12.04 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร ก่อน และหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 34.83 ± 14.35 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.14 ± 15.99 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงาน

ด้านอาหาร ก่อน และหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.831)

3.4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	35.67	9.94	2.15	0.69
กลุ่มควบคุม (Pre)	30	34.83	14.35		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	30	78.19	12.04	6.071*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	30	34.14	15.99		

p< .01

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร เท่ากับ 35.67 ± 9.94 คะแนน และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.83 ± 14.35 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.69) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 78.19 ± 12.04 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.14 ± 15.99 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เท่ากับร้อยละ 69.70 ± 22.36 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 99.90 ± 9.46 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อน และหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า

ตารางที่ 7

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 69.28±22.36 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 68.35±23.69 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.068) ดังตารางที่ 7

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อน-หลังการทดลองกลุ่มควบคุม					
กลุ่มควบคุม (Pre)	30	69.28	23.07	1.895	0.068
กลุ่มควบคุม (Post)	30	68.35	23.69		
ก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	69.70	22.36	-9.216*	0.001
กลุ่มทดลอง (Post)	30	99.90	9.46		

p< .01

3.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	69.70	22.36	0.07	0.943
กลุ่มควบคุม (Pre)	30	69.28	23.07		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	30	99.90	9.46	6.78*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	30	68.35	23.69		

p< .01, *กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 100 คะแนน)

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับร้อยละ 69.70±22.36 และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 69.28±22.36 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.943.) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 99.90±9.46 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 68.35±23.69 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการควบคุมของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

91

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

ตารางที่ 9

แสดงผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กับเกณฑ์

3.7 การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กับเกณฑ์

พบว่า ประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมอาหารฯ มีระดับไม่แตกต่างจากเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.956) ส่วนกลุ่มควบคุมมีประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) ดังตารางที่ 9

การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม	N	Criteria	\bar{X}	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง (Post)	30	100	99.90	9.46	0.55	0.956
กลุ่มควบคุม (Post)	30	100	68.35	21.33	7.33*	0.001

*p< .01

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษา อำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ผลการประเมินความพึงพอใจของแพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่เข้าร่วมกิจกรรม และญาติ ที่มีต่อการใช้โปรแกรม พบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมอาหารฯที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.32 \pm 0.34$) อาจเป็นเพราะโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีแนวทางให้ผู้ช่วยมีบทบาทเป็น "ผู้จัดการ"โรคและชีวิตตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์จะดำรงบทบาท "ผู้สนับสนุน" กระตุ้นให้น้ำจุดแข็งหรือต้นทุนของแต่ละคนมีอยู่ โดยผ่านการมุ่งเสริมสร้างพัฒนาทักษะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาหารด้วยตนเอง และพลังใจให้เกิดความเชื่อมั่น ด้วยต้นทุนความเข้มแข็งทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต นำไปสู่ความรู้เท่าทัน สามารถจัดการโรคที่มี ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการทดลองใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีผู้ป่วยหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามกระบวนการในโปรแกรมอาหาร พบว่า ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำเปรียบเทียบกับเกณฑ์ พบว่า ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมหลังทดลองของกลุ่มทดลองใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า คະແນແລ້ຍระดับการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร และคະແນແລ້ຍการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอาหาร ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง ผลการศึกษาในครั้งนี้ อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีคະແນการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร และพฤติกรรม

การจัดการตนเองด้านอาหารสูงขึ้นนั้น เกิดจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านอาหารโดยพยาบาล ได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อมั่นสมรรถนะในตน (Self-efficacy) (Bandura,1977) และแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Self-management of chronic illness (Creer,2000) ในการพัฒนาโปรแกรม ประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล จุดบันทึกข้อมูลตนเอง 3) การประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล 4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ 5) การพูดชักจูง 6) ตัดสินใจ 7) ตั้งเป้าหมาย 8) ลงมือทำ 9) การสะท้อน ปัญหา อุปสรรค ซึ่งผู้วิจัยมีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ จากการบรรยาย การสาธิต และให้เกิดการมีส่วนร่วม จากการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ จัดจำได้ง่าย สนุกสนาน จนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตน โน้มเอียงที่จะคาดหวังในความสำเร็จ ก็มีความเพียรพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้านอาหาร ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตตน จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเกณฑ์ที่เหมาะสมตามระยะเวลาที่ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนาพร อุณรงค์และคณะ (2564) ศึกษาผลของการเข้าค่ายเบาหวานแบบค้างแรม โรงพยาบาลเชิงในต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับไม่ได้มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าค่ายกิจกรรม และมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และจากการศึกษาของบิญษุ ภิญโญและคณะ (2564) ศึกษาสถานการณ์การจัดการตนเอง เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองรวมทุกด้านหลังเข้าร่วมโครงการ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และ FBS หลังเข้าร่วมโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และจากการศึกษาของธัญญลักษณ์ แสนบุตรดาและคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : ช่วงมาตรการผ่อนคลายนโควิด 19 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้และการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ พยาบาล และทางด้านสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยนำ(ร่าง) องค์ประกอบของโปรแกรมอาหารที่พัฒนาไปนำเสนอ เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบคุณภาพ ได้ประเมินในประเด็นที่เกี่ยวกับความครอบคลุม สอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆ ในโปรแกรมอาหาร รวมทั้งกระบวนการในโปรแกรมอาหาร ซึ่งผลประเมินพบว่า มีคุณภาพระดับดี และผู้วิจัย

นำไปทดลองนำร่อง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ในเชิงปฏิบัติการ และทำการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนั้นโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นมา จึงมีประสิทธิภาพในการใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นอย่างดี อีกทั้งผลประโยชน์ความพึงพอใจของทีมสหสาขา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่เข้าร่วมในโปรแกรมอาหารที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก เป็นเพราะกระบวนการสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างความมั่นใจ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดสามารถปฏิบัติได้ง่าย ทำได้เองที่บ้าน สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน

สรุปผลการวิจัย

งานนี้เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอห้วยสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า

1. ผลการศึกษาข้อมูลและแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงาน พบว่า มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 35.54 ยังไม่ผ่านตัวชี้วัด

2. ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2.1. ผลการสร้างโปรแกรม คือ โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษา อำเภอห้วยสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) หลักการ (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข (Promotion Prevention & Protection Excellence) การสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง (Chronic care) ให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพ) 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ ประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอนย่อย คือ (1) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบ (2) การเก็บรวบรวมข้อมูล จัดบันทึกข้อมูลตนเอง (3) การประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล (4) สภาวะทางร่างกายและจิตใจ (5) การพูดคุยจูงใจ (6) ตัดสินใจ (7) ตั้งเป้าหมาย (8) ลงมือทำ และ (9) การสะท้อน ปัญหา อุปสรรค 5) การวัดและประเมินผล

2.2. ผลการตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีคุณภาพระดับดี และผลการนำร่องทดลองใช้โปรแกรมอาหาร เพื่อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ พบว่า กิจกรรมตามกระบวนการในโปรแกรมอาหารสามารถดำเนินการได้อย่างดี

3. ผลการทดลองใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่พัฒนา พบว่า ผลสัมฤทธิ์ภายหลังจากดำเนินการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยพยาบาลด้วยโปรแกรมอาหาร ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติตนด้านบริโภคนอาหาร

และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหาร สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่าใกล้เคียงกับเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1. ด้านนโยบาย

1.1.1. ผลการศึกษาทำให้ทราบว่า การใช้โปรแกรมอาหารที่สร้างขึ้น เป็นรูปแบบหนึ่งที่น่าลงสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนงานคุณภาพการพยาบาลด้านอื่นๆ ต่อไป

1.1.2. เป็นส่วนประกอบในการกำหนดแผน หรือนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

1.2. ด้านการปฏิบัติ

1.2.1. โปรแกรมอาหารที่สร้างขึ้น นำไปในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลุ่มอื่นๆ ที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองห่มลักษ์

1.2.2. เนื่องจากผลการนำโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ไปใช้ ปรากฏผลเป็นที่น่าพอใจว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น จึงนับว่าเป็นรูปแบบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่เป็นทางเลือกให้บุคลากรทางสาธารณสุขนำไปใช้ดำเนินการ หรือจัดกิจกรรมในระดับอื่นๆ ได้ และสามารถนำไปประยุกต์และปรับใช้ได้ตามสภาพและเหมาะสมตามบริบท

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1. การศึกษาและวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบหลายกลุ่ม

2.2. ควรมีการศึกษาดูตามในระยะยาว ถึงการคงอยู่ของความรู้ ทักษะการจัดการตนเองระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL X/2566.1.7 เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2566

The effect of a diet program for working-age diabetic patients

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์ และ อาจารย์ ดร. พงศ์พิชญ์ บุญตา หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ตำราและวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยการ-
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรม
ราชชนก ซึ่งเป็น Coacher และหัวหน้าโครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบ
ผสมผสานของเครือข่ายเพื่อสร้างนวัตกรรมในเขตสุขภาพร่วมกับมหาวิทยาลัยของไทย :
กรณีศึกษาของเขตสุขภาพที่ 2 และสถาบันพระบรมราชชนก” และการขยายผลโครงการวิจัย
“การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพเพื่อผลิตงานวิจัยและนวัตกรรมในระบบสุขภาพของไทย” ในการ
สนับสนุนให้งานวิจัยเรื่องนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. (2566). ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาล
หล่มสักสถิติผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานเข้ารับการรักษา ปีงบประมาณ 2565-2566.
กฤตกร หมั่นสระเกษ, ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ, รำไพ หมั่นสระเกษ, & สุกัญญา จุลละสุวรรณ.
(2020). กลยุทธ์ การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. *วารสาร
สุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 26*(2), 214-225.
- นงนุช โอปะ, นวรัตน์ ชุตติปัญญาภรณ์. (2022). ประสพการณ์การจัดการตนเองในการควบคุม
ระดับน้ำตาล ในเลือดได้สำเร็จของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 30*(1), 1-13.
- ปวีณา อุดรไสว, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2021). การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองใน
ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
นาจารย์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14*(3), 97-110.
- พนิดา รัตนศรี. (2023). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อ
พฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำราญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ขอนแก่น, 4*(2), 209-209.
- พัฒนพร อุ่นวงศ์, & มยุรี บุญศักดิ์. (2023). ผลของการเข้าค่ายเบาหวานแบบค้างแรม
โรงพยาบาลเชิงใน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 3*(1), 44-62.
- ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2022). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อ
ควบคุมอาหาร คาร์โบไฮเดรต และส่งเสริมการออกกำลังกายผ่านระบบเครือข่าย
อินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาล
อุดรธานี, 30*(1), 12-23.

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuan, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development, 2*(2), pp 62–98.

- วิชัย เอกพลากร. (บรรณานุกรม). (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 2562 - 2563. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2022). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหาร คาร์โบไฮเดรต และส่งเสริมการออกกำลังกายผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(1), 12-23.
- ศิริมา ลีละวงค์, ชีรพร สติธอังกูร และยุรีพรรณ วณิชโยบล. (2564). รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพของตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบระยะยาวและผู้ดูแล. *हांหूंส่วนจำกัด เทพเพ็ญวานิสย์*.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชาการ, สมนเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, วิชุดา จิรพรเจริญ, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์ และ อรวรรณ ขวัญศรี. (2560). การดูแลตนเองเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทไทย (Self-Management Support for NCDs: Thai Style). บริษัท สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชซิง จำกัด.
- Arnold, S. V., Khunti, K., Tang, F., Chen, H., Cid-Ruzafa, J., Cooper, A., et al. (2022). Incidence rates and predictors of microvascular and macrovascular complications in patients with type 2 diabetes: Results from the longitudinal global discover study. *American Heart Journal*, 243, 232-239.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ*, 1986(23-28), 2.
- Boonda, P. (2021). Main Steps of Doing Research and Development in Public Health: An Observational Study. *New Frontiers in Medicine and Medical Research*, Vol. 14, 80-86. <https://doi.org/10.9734/bpi/nfmmr/v14/4289F>
- Boonda, P. (2021). Techniques of Writing Chapter 1 for Research and Development in Public Health. *New Frontiers in Medicine and Medical Research Vol. 14*, 65-79. <https://doi.org/10.9734/bpi/nfmmr/v14/3839F>
- Boonda, P. (2020). A Technique of Modeling in Public Health Research and Development. *World Journal of Public Health*, 5(4), 89-98. doi: 10.11648/j.wjph.20200504.13

- Boonda, P. (2019). Techniques for Writing Chapter I of Research and Development in Public Health. *Med J Clin Trials Case Stud*, 3(4): 000222. DOI: 10.23880/mjccs-16000222.
- Boonda, P. (2019). Process of Research and Development in Public Health. *International Journal of Clinical Case Studies & Reports*, 2(1), 61-65.
- Boonda, P. (2018). Main Steps of Doing Research and Development in Public Health. *Med J Clin Trials Case Stud*, 2(10): 000183. DOI: 10.23880/mjccs-16000183.
- Boonda, P. Preedeekul, A. (2016). Developing A Training Program to Develop Competency of Regional Operating Officer (ROO) in the Virtual Service Provider Office (VSPO) in Thailand. *WIT Transactions on Ecology and the Environment*, 210, 393-404, Wessex Institute, UK., DOI:10.2495/SDP160331.
- Boonda, P. (2021). *The Technique of Processes Matrixing to Summarize from the Literature Review*. Copyrights: Request for information No.398059, Issued on: Nov. 8, 2021.
- Boonda, P. (2021). *The Technique of Phrases Matrixing to Summarize from the Literature Review*. Copyrights: Request for information No.398060, Issued on: Nov. 8, 2021.
- Boonda, P. (2021). *Teaching in doing a research and development theme of public health administration subject*. Copyrights: Request for information No.398061, Issued on: Oct. 18, 2021.
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In *Handbook of self-regulation*. 601-629. Academic Press.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas - 10th edition*. Retrieved May 30, 2023, from <https://diabetesatlas.org>
- Laoprasit, P. (2023). The Development of Diabetes Mellitus Patients Care Model That Uncontrolled Blood Sugar in Community Hospital and Network. *Region 11 Medical Journal*, 37(1), 32-48. Retrieved from <https://he02.tci.thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/257487>
- Papatheodorou, K., Banach, M., Bekiari, E., Rizzo, M., & Edmonds, M. (2018). Complications of Diabetes 2017. *Journal of Diabetes Research*, 2018, 3086167.

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Thosuwat, S. (2024). Results of a Diet Program for Working-Age Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia Levels: A Case Study in Lom Sak District of Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 62–98.

- Phinyo, P., Phinyo, K., Mahem, K., Supapinij, C., & Paungtai, P. (2021). Development of Self-management Guidelines for Patients with Type 2 Diabetes in the Semi-urban, Semi-rural Community. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(4), 100-114.
- Pradubpoth, K., & Khanom, S. (2022). The Effects of Health Behavior Modification Program with Self-management Concepts in Adults with Metabolic Syndrome in Phromkhiri district, Nakhon Si Thammarat province. *Thammasat University Hospital Journal Online*, 7(3), 58-67.
- Potisat, S., Krairittichai, U., Jongsareejit, A., Sattaputh, C., & Arunratanachote, W. (2013). A 4-year prospective study on long-term complications of type 2 diabetic patients: the Thai DMS diabetes complications (DD.Comp.) project. *Journal of the medical association of Thailand*, 96(6), 637-643.
- Safiri, S., Nejadghaderi, S. A., Karamzad, N., Kaufman, J. S., Carson-Chahhoud, K., Bragazzi, N. L., et al. (2022). Global, Regional and National Burden of Cancers Attributable to High Fasting Plasma Glucose in 204 Countries and Territories, 1990-2019. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 879890.
- Sanbudda, T., Luenam, S., Lardnongkhun, S., & Dana, K. (2023). The Effect of Self-Management Program to Glycemic Control in Type 2 Diabetes Patients: COVID-19 Relief Measures. *Academic Journal of Health and Environment*. 1(1), 531-531.
- Tansakul S. (2007). Behavioral Science Theory: Operational guidelines in health education and health promotion. *Health educationjournal*, 30, 1-15.