

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

Wiliam Boonchom^{1*}

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

* Corresponding author E-mail: nurse.tun@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

- Received 30 September 2023

- Revised 30 March 2024

- Accepted 22 April 2024

Keywords:

elderly diabetic patient, uncontrolled glycemia level in elderly diabetic patient, diet program for elderly diabetic patient

ABSTRACT

Background: Diabetes is a chronic non-communicable disease that remains a global health problem. Currently, the world is giving great importance to it because a disease that cannot be cured, especially in elderly patients who are uncontrolled by the factor that affects sugar level control is eating behavior.

Aim: The main objective of this research is to study the results of a dietary program for diabetic patients in elderly patients who cannot control their sugar levels: a case study in Lom Sak District of Phetchabun Province.

Methods: This study is a four-step research and development process that includes 1) Studying basic information and program development guidelines, 2) Creating and checking program quality, 3) Experimenting and analyzing the results of using the program, and 4) Studying satisfaction with using the program. The sample groups in steps 1 and 2 were multidisciplinary teams. Public health volunteers with diabetes selected a specific one. The tools used in the research include accumulated sugar data recorded from questionnaires and focus groups to draw up a pattern. In steps 3 and 4, the sample groups were elderly diabetic patients who could not control their blood sugar levels. Those who received treatment at the family doctor clinic of Lom Sak Municipality, totaling 62 samples, were purposively selected and were randomly assigned to an experimental group of 30 samples and a control group of 32 samples. The experimental group received a developed food program with three activities, followed up continuously for three months, and the control group received pre-development services. The tools used in this research as follows: 1) a food self-management awareness assessment form, 2) a blood sugar recording form, 3) a dietary guide, and 4) a satisfaction questionnaire used in the program. Data were analyzed using average values, standard deviation, and t-test statistics.

Results: 1) showed that the number of diabetic patients tends to increase at the national level, Phetchabun Province, and Lom Sak District. From this situation, there has been continuous corrective action. However, it found that diabetic patients who came to receive services at the Lom Sak Municipality Community Health Center Only 38.89%, 40.43%, and 40.68%, respectively, were able to control their sugar levels well consistent with eight diabetic patients with high blood sugar were interviewed and found that most had behavioral problems, eating mainly starchy foods. As for the service, it provides knowledge and general advice, but no clear set goals with the patient. The method for developing programs is consistent with King's theory that focuses on setting clear goals together with patients 2) The results of creating the developed food program have five main elements (Principle, Objective, Content, Process, Measurement & Evaluation) with sub-elements of the process section for trial use as follows: (1) Building relationships of help and trust (2) Self-assessment (3) Setting goals

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

ABSTRACT

(4) Self-determination (5) Taking action (6) Self-regulation and (7) giving self-reinforcement, are as for the results of the quality inspection of the food program by experts had quality at good level 3) The results of the experiment and study of the use of the food program found that the experimental group had a higher average score of food self-management awareness. The experimental group had a higher mean score for food self-management skills and had a lower average blood sugar level than the control group immediately after the experiment, statistically significant at the .05 level, and 4) Results of the study of satisfaction with the developed program at a high level.

Conclusions: The dietary program for elderly diabetes patients who uncontrolled their sugar levels has increased effective awareness of food self-management until the practice of eating food occurred. As a result, the accumulated sugar level in the blood will decrease to an appropriate level.

28

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วิเลียม บุญจ่อม^{1*}

¹ โรงพยาบาลห่มสัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ประเทศไทย 67110

* Corresponding author E-mail: nurse.tun@gmail.com

ข้อมูลบทความ

ประวัติบทความ

- รับ 30 กันยายน 2566
- แก้ไข 30 มีนาคม 2567
- ตอรับ 22 เมษายน 2567

คำสำคัญ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ, การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงอายุ, โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

ความเป็นมา โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพ ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญอย่างมากเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล คือ พฤติกรรมการกินอาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการดำเนินการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางการพัฒนาโปรแกรม 2) การสร้างและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม 3) การทดลองและศึกษาผลการใช้โปรแกรม และ 4) การศึกษาความพึงพอใจการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 และ 2 เป็นทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคเบาหวาน เลือกเฉพาะแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำตาลสะสม แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม เพื่อนำมาร่างรูปแบบ และขั้นตอนที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวเทศบาลเมืองห่มสัก จำนวน 62 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และสุ่มเข้าเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมอาหารที่พัฒนาขึ้น มีกิจกรรม 3 ครั้ง ติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน และกลุ่มควบคุมได้รับรูปแบบบริการก่อนการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินการรับรู้การจัดการตนเองด้านอาหาร 2) แบบบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด 3) คู่มืออาหารตามวิถี และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย 1) ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางการพัฒนาโปรแกรม พบว่า ทั้งในระดับประเทศ จังหวัดเพชรบูรณ์และอำเภอห่มสัก จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวได้มีการดำเนินการแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลห่มสัก สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 38.89

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

Citation: Boonchom, W. (2024). Results of a Diet Program for Elderly 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 26–61.

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

40.43 และ 40.68 ตามลำดับ สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน 8 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านพฤติกรรม การรับประทานประเภทแบ่งเป็นหลัก ส่วนการให้บริการเป็นการให้ความรู้คำแนะนำทั่วไป ไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการพัฒนาโปรแกรมจะสอดคล้องกับทฤษฎีของคิง ที่มุ่งเน้นการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกับผู้ป่วย 2) ผลการสร้างโปรแกรมอาหารที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบหลัก (หลักการวัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการ และการวัดและประเมินผล) โดยมีองค์ประกอบย่อยของส่วนกระบวนการเพื่อนำไปทดลองใช้ ดังนี้ (1) การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและการไว้วางใจ (2) การประเมินตนเอง (3) การตั้งเป้าหมาย (4) การตัดสินใจด้วยตนเอง (5) การลงมือปฏิบัติ (6) การกำกับตนเอง และ (7) การให้แรงเสริมตนเอง ส่วนผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมอาหารโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า มีคุณภาพอยู่ในระดับดี 3) ผลการทดลองและศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การจัดการตนเองด้านอาหารสูงขึ้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะในการจัดการตนเองด้านอาหารสูงขึ้น และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก

สรุป โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ได้เพิ่มความตระหนักรู้ในการจัดการอาหารด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ จนทำให้เกิดการฝึกรับประทานอาหาร ส่งผลให้ระดับน้ำตาลที่สะสมในเลือดลดลงสู่ระดับที่เหมาะสม

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)

จากรายงานทางสถิติมีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลหล่มสัก 698 ราย ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง ร้อยละ 38.89, 40.43, และ 40.68 ตามลำดับ (ข้อมูล 2564 - 2566) (โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์, 2566) หากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นระยะเวลานาน จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเกิดภาวะฟุ้งฟิง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในผู้สูงอายุทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลยุ่งยากมากขึ้น

แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Ryan, P., & Sawin, K. J., 2009) เป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นที่ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการตนเองได้ มองว่าครอบครัวและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นหน่วยเดียวกัน และต่างคนต่างมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การที่จะให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและปฏิบัติต่อเนื่องนั้นขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support) และระบบบริการผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนเป็นส่วนสำคัญ วิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองที่ดีและมีประสิทธิภาพ (Cho, M.K., & Kim, M.Y., 2021) โดยการพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคนิคต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ พบว่าการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่บ้านที่ดีขึ้นมักจะส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C; HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานลดลง การที่จะเพิ่มประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี ควรเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การตั้งเป้าหมาย การฝึกทักษะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง การเสริมแรงจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง การประเมินและส่งเสริม

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

ให้การพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการพยาบาลที่สะท้อนถึงการมองผู้รับบริการที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลและตามสถานการณ์แวดล้อมของแต่ละคนด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการจัดทำโปรแกรมอาหาร ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดแนวความคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การติดตามตนเอง 3) การประเมินตนเอง และ 4) การเสริมแรงตนเอง ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring theory) สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors) ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) อีก 10 ประการที่วัตสันพัฒนาเพิ่มเติมตั้งแต่ปี 2002 (Watson, 2008)

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

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอหล่มสัก และแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อสร้างและตรวจสอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
3. เพื่อทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง/ กรอบแนวคิดการวิจัย

1. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่องผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้: 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. แนวคิดการจัดการตัวเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมี จุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะ ใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคคลากรทางสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกตติดตามและบันทึก พฤติกรรมของตนเองพฤติกรรมที่ติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือเป็นผลทั้งที่เหมาะสมและไม่ เหมาะสม นอกจากนี้ยังหมายถึงการสังเกตติดตาม บันทึกปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ ที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วยวิธีการจัดการตนเอง การติดตามตนเองทำให้บุคคลมีความระมัดระวังในการที่จะ ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงแต่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ออกมาแทน การติดตาม ตนเอง เป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ และ ทิศทางการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นอย่างไรอยู่ในระดับใด หากพฤติกรรมของบุคคลนั้น ไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่วางไว้ ก็มีความพยายามปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน (2) จำแนกพฤติกรรม เป้าหมายออกเป็น พฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน (3) กำหนดวิธีการบันทึกและ เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก (4) ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม (5) แสดงผลการบันทึกที่ชัดเจน และ (6)วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนการเปรียบเทียบการปฏิบัติการจัดการตนเองที่ปฏิบัติจริงกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่วางไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการ ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการตามที่ได้วางแผนไว้ โดยประเมินจากข้อมูลที่ได้ จากขั้นตอนการติดตามตนเอง 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นขั้นตอนการให้แรงจูงใจ สนับสนุนแก่ ตนเองซึ่งมีได้ทั้งแรงเสริมทางบวก และทางลบ บุคคลจะมีการให้แรงเสริมตนเองเมื่อสามารถ ปฏิบัติการจัดการตนเองได้ตามมาตรฐานหรือเป้าหมายที่วางไว้ โดยแรงเสริมแบ่งได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้ (1) แรงเสริมที่เป็นสิ่งของ (material reinforcers) (2) แรงเสริมทางสังคม (social reinforcers) ใน ลักษณะของคำพูดหรือการแสดงออก ได้แก่การยิ้ม การชมเชย การยกย่อง การสัมผัส (3) แรงเสริมที่เป็นกิจกรรม (activity reinforcers) ได้แก่การร่วมออกกำลังกาย การร่วมออกไปท่องเที่ยว (4) แรงเสริมที่เป็นเงิน (token reinforcers) (5) แรงเสริมภายใน (cover reinforcers) เป็นแรงเสริมที่ครอบคลุม ถึงความคิดทำให้เกิดความพึงพอใจ ความภาคภูมิใจ ซึ่งแรงเสริมที่ควรจะให้เน้นควรเป็นแรงเสริม ทางบวกมากกว่าทางลบ สำหรับวิธีที่ดีที่สุดและง่ายที่สุดในการให้แรงเสริมในการจัดการตนเอง คือบุคคลควรเป็นผู้เลือกแรง

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้
ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

เสริมที่ต้องการด้วยตนเอง เนื่องจากตนเองจะเป็นผู้ทราบดีที่สุดว่าอะไรเป็นแรงเสริมที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง ในปัจจุบันมีผู้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (self-management promoting)

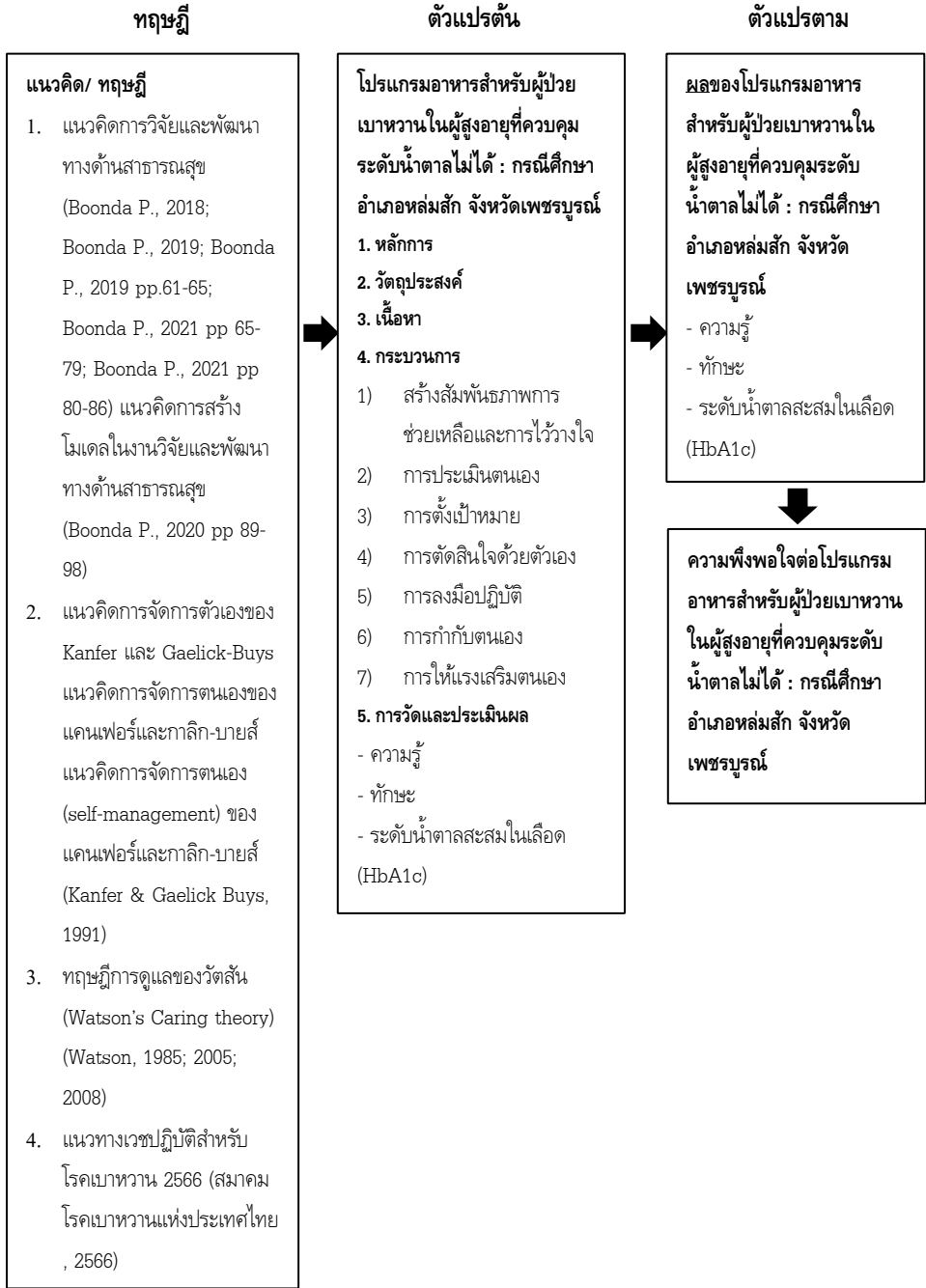
3. ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring theory) เป็นทั้งปรัชญา และทฤษฎีทางการพยาบาล ที่มีจุดเน้นที่การดูแล (Caring) ซึ่งพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ.1979 ภายใต้อิทธิพลทางด้านมานุษยวิทยา รวมทั้งความรู้สึกรู้สึกผูกพันต่อบทบาทการดูแลเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยที่วัตสันประจักษ์ด้วยตัวเอง ประกอบกับประสบการณ์ของวัตสันขณะเผชิญความเจ็บป่วย เผชิญการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัจจุบันทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาจนวัตสันเรียกว่าเป็น ศาสตร์การดูแลมนุษย์ (Human Caring Science) และมีการจัดตั้งศูนย์การดูแลมนุษย์ (Human science caring center) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยโคโลราโด รวมทั้งได้จัดตั้งสถาบันวิทยาศาสตร์การดูแลวัตสัน (The Watson Caring Science Institute) ซึ่งมีลักษณะเป็นมูลนิธิที่มุ่งเน้นการพัฒนาทฤษฎีการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย บนปรัชญาการดูแลมนุษย์ ทฤษฎีการดูแลของวัตสันได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำไปใช้ในการพยาบาลที่เน้นรูปแบบการดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน (Transpersonal caring model) เพื่อให้เกิดการฟื้นฟู (Healing) และมีการใช้เป็นแนวคิดเพื่อการศึกษารวบรวมในวงกว้างทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน เน้นการดูแลอันเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ภายใต้ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ ที่ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจอย่างไม่แยกออกจากกัน จนผู้ให้การดูแลสัมผัสถึงพลังแห่งการดูแล อันเป็นความรู้สึกตระหนักถึงการดูแลว่าได้เกิดขึ้น และส่งผลให้เกิดความรักความเข้าใจผู้อื่น ซึ่งวัตสันเรียกว่า “caring occasion” และนำไปสู่การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างคนสองคนภายใต้สนามปรากฏการณ์ (Phenomenal field) ของแต่ละบุคคลที่หลอมรวมกัน จนเกิดความเข้าใจจิตใจระหว่างคนสองคน (Transpersonal) ทำให้คนทั้งสองคนค้นพบความหมายของสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิต ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้เกิดยอมรับในตนเอง และยอมรับผู้อื่น เกิดสัมพันธภาพที่นำไปสู่การฟื้นฟู (Healing relationship) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม ในทฤษฎีการดูแล วัตสันได้อธิบายว่า “ความรักอันยิ่งใหญ่ (cosmic love)” ระหว่างเพื่อนมนุษย์เป็น ที่ตั้งของการดูแล ผู้ให้การพยาบาลต้อง “ให้การพยาบาลด้วยความรัก” (Caritas nursing) เพราะความรักคือพลังที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟูต่อผู้ดูแลและผู้ให้การดูแล (Watson, 1985; 2005; 2008; 2010) ส่วนหน่วยงาน หอผู้ป่วย การทำหัตถการ การทำหน้าที่ เทคโนโลยี คือสิ่งที่ประดับตกแต่ง (Trim) ที่ไม่อาจยึดเป็นศูนย์กลางของวิชาชีพพยาบาล พาเช่ นักทฤษฎีการพยาบาลอีกท่านหนึ่ง ได้สนับสนุนแนวคิดนี้โดยกล่าวว่า

การทำหัตถการและการปฏิบัติภารกิจของพยาบาลจะมีความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน และเปลี่ยนแปลงไปตามเทคโนโลยีใหม่ๆ สิ่งเหล่านี้จึงไม่อาจนำมาเป็นหลักนำศาสตร์การพยาบาล พยาบาลต้องยึดการดูแลเป็นเรื่องหลัก ที่ชี้นำไปสู่การปฏิบัติกรพยาบาล (Pate, Wittenborn, D, Jeschke, J., 1995) ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors) ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการ ด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) อีก 10 ประการที่วัตสันพัฒนาเพิ่มเติม ตั้งแต่ปี 2002 (Watson, 2008) การนำของปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors)/ กระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ไปใช้ในการ พยาบาล สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์/ ปลุกฝังการปฏิบัติด้วยรักและความเมตตาและมีจิตใจที่สงบมั่นคง ทั้งกับตนเองและผู้อื่น ให้เสมือนเป็นพื้นฐานของความรักที่ดีที่สุด (2) สร้างความศรัทธาและความหวัง/ มีชีวิตอยู่กับความจริง สร้างความหวังและศรัทธาที่เป็นไปได้และเชื่อในความเป็นไปได้ แห่งอติวิสัยของชีวิตบนโลก ทั้งของตนเอง (3) ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลุกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน (4) สร้าง สัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ/ สร้างสัมพันธภาพ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการ ช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ เพื่อการดูแล (5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ/ ส่งเสริมให้มีการแสดงความรู้สึกออกมาทั้งทางบวกและลบ แลกเปลี่ยนความรู้สึก และเตรียม ตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบ (6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ/ ใช้ตนเองและทุกวิถีแห่งความรู้ ให้เป็นเสมือนส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เชื่อมต่อับความสามารถทางศิลปะแห่งการพยาบาลด้วยความรัก (7) ส่งเสริมการเรียนการสอนที่ เข้าถึงจิตใจผู้อื่น/ ส่งเสริมการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งระหว่างกันของพยาบาลและผู้ป่วย ให้ความสนใจกับความเป็นหนึ่งเดียวของชีวิตและความหมายแบบอติวิสัย ให้ความใส่ใจและอยู่ กับกรอบอ้างอิงของผู้อื่น (8) ปรารถนาประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิต สังคม และจิตวิญญาณ/ สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด : สิ่งแวดล้อมคือสิ่งที่ช่วยการ บำบัด ปรารถนาประคอง แก้ไขปัญหาด้านกายภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ (9) พึง พ้อใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น/ ช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความ ต้องการของบุคคล และ (10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่/ เปิดรับพลังทางจิตวิญญาณ สิ่ง ลึกลับและยังไม่มีคำอธิบายอันเกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย ปัจจัยการดูแลและกระบวนการ ปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแลข้อนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญและเข้าใจยากที่สุด ทั้งนี้เพราะศาสตร์ สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ถึงความสำคัญของชีวิตและการเสียชีวิต เพราะการมีชีวิตไม่ใช่ เพียงการอยู่และแก้ไขปัญหาหากแต่การมีชีวิตยังเป็นความลึกลับซับซ้อนที่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐาน ของความเชื่อ ด้วยความมีสติแห่งความรัก

36

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่อง ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : 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 การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอห่มสัก และแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ [แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98)] ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และขั้นตอนที่ 4 ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอห่มสัก และแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอห่มสัก

1. เนื้อหา เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลห่มสัก
2. แหล่งข้อมูล จาก (1) สรุปลงานประจำปีของโรงพยาบาลห่มสัก (HDC) (2) ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลห่มสักและทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลห่มสัก (3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงอายุ 10 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้รับบริการที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในที่ไม่ควบคุมไม่ได้ ($HbA1c \geq 7$) ในช่วงปีงบประมาณ 2566 สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย Insulin ชนิดฉีด ที่ยังไม่มีการแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อัตราป่วย ภาวะแทรกซ้อน อัตราตาย ฯลฯ

4. เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถาม

5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการวิจัย โดยขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 3/2566.1.9 และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลห่มสัก ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจาก ผู้ให้ข้อมูลทั้งวาจา พร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความ ยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการ วิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ

6. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการประสานหน่วยงานแหล่งข้อมูลตามระบบราชการเพื่อ เก็บรวบรวมข้อมูล

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

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ส่วนที่ 2 การศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

1. เนื้อหา เป็นการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพื้นฐานในการยกวางโปรแกรม
2. แหล่งข้อมูล จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน จากห้องสมุด และฐานข้อมูลบน เครื่องข่ายอินเทอร์เน็ต และทีมสหวิชาชีพและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน นักวิชาการ สาธารณสุข 1 คน นักโภชนาการ 1 คนเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขวัยทำงานที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน รวมจำนวน 11 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการตนเองและการตั้งเป้าหมายการ ควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้

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

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหล่มสักอนุมัติ เมื่อได้รับอนุญาต จึงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้ ทราบวัตถุประสงค์ และการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้: กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ส่วน โดยใช้แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ของ พงศ์พิษณุ 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 7 ขั้นตอนย่อย คือ (1) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและการไว้วางใจ (Relationships building) (2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) (3) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) (4) การตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-determination) (5) การลงมือปฏิบัติ (Action) (6) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) และ (7) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)

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 7 ขั้นตอนย่อยในส่วนกระบวนการเพื่อใช้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมขององค์ประกอบ และเอกสารประกอบ

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

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ ร่างองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตัวแปรตาม คือ คุณภาพองค์ประกอบของ

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความคิดเห็นตามร่างองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้แก่ แบบประเมินโปรแกรมอาหาร แบบประเมินคู่มือ และแบบประเมินแผน

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการนำ (ร่าง) องค์ประกอบของโปรแกรมมาที่พัฒนาขึ้น ไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านการแพทย์ พยาบาล และด้านสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบคุณภาพ ได้ประเมินในประเด็นความครอบคลุมขององค์ประกอบต่างๆ รวมถึงกระบวนการของโปรแกรม

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาล

1. เนื้อหา คือ การใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2. แหล่งข้อมูล เป็นผู้รับบริการที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับการรักษาที่คลินิกหอบหืดรอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลหล่มสัก ในปีพ.ศ. 2566 อายุระหว่าง 60-69 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c \geq 7)

2.1. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และสุ่มเข้าเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 32 คน

2.2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ มีดังนี้

2.2.1. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ

2.2.2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย Insulin ชนิดฉีด

2.2.3. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

2.2.4. ยินดีให้ความร่วมมือและสามารถมาตามนัดในการรับการตรวจรักษาพยาบาล และเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

2.3. เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ดังนี้

2.3.1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินรุนแรงระหว่างดำเนินการทดลอง เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

2.3.2. ถอนตัวออกจากกิจกรรม

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตัวแปรตาม คือ ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

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

5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการวิจัย โดยขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 3/2566.1.9 และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทั้งวาจา พร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ

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

6.1.กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยพยาบาล ด้วยโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ด้วย 7 ขั้นตอน คือ (1) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและการไว้วางใจ (Relationships building) (2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) (3) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) (4) การตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-determination) (5) การลงมือปฏิบัติ (Action) (6) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) และ (7) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) มีการจัดการกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลอง 3 ครั้ง ดังนี้

6.1.1. ครั้งที่ 1: ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

1) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและการไว้วางใจ

2) ประเมินความรู้และทักษะ (Pre-test)

3) เรียนรู้จากตัวแบบมีชีวิต (เล่าประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการจัดการตนเอง) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในผู้สูงอายุและภาวะแทรกซ้อน

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้
ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

- 4) เก็บรวบรวมข้อมูลการรับประทานอาหารของตน
- 6.1.2. ครั้งที่ 2: ระยะเวลา 3 ชั่วโมง
 - 1) ประมวลผลข้อมูลการรับประทานตามวิธีที่จัดบันทึกไว้
 - 2) ประเมินสภาวะร่างกาย-จิตใจ
 - 3) สร้างความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกัน
 - 4) การประเมินตนเอง
 - 5) แนะนำ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจด้วยตัวเอง ในการรักษาของตนเอง

พร้อมบันทึกเป็น “ข้อตกลง”

- 6.1.3. ครั้งที่ 3: ระยะเวลา 3 เดือน

- 1) ลงมือปฏิบัติ ให้ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร ตามคู่มืออาหารให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต
 - 2) รับประทานอาหารตามคู่มือ และบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหาร
 - 3) การกำกับตนเอง
 - 4) การให้แรงเสริมตนเอง
 - 5) ติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ทักษะ (Post-test) การปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร และแบบบันทึกการพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอาหาร ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด

6.2.กลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามปกติ และเก็บข้อมูล 3 เดือน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

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

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

1. เนื้อหา เป็นความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
2. แหล่งข้อมูล เป็นผู้รับบริการที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับการรักษาที่คลินิกห่มครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลหล่มสัก ในปีพ.ศ. 2566 อายุระหว่าง 60-69 ปี

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c \geq 7)

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

4. เครื่องมือ เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ประยุกต์จากแบบประเมินความพึงพอใจ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (สบส.)

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการภายหลังจากการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้โปรแกรม

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างปี 2566-2567

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาศาสนาการณ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอหล่มสัก และแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมไม่ได้

1.1. ผลการศึกษาศาสนาการณ ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอหล่มสัก จากข้อมูลสรุปผลงานประจำปีของโรงพยาบาลหล่มสัก พบว่าทะเบียนผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลหล่มสักระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 - มีนาคม พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการทั้งหมดจำนวน 724 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 440 คน คิดเป็นร้อยละ 60.77 และทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหล่มสัก พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการทั้งหมดจำนวน 376 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 56.38

1.2. ผลการศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า มี 2 แนวคิดที่จะนำมาประยุกต์ใช้ คือ 1) แนวคิดการจัดการตัวเอง (self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะ ใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ต่อพฤติกรรมของตนเองและการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) (2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) (3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) และ 2) ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

(Watson's Caring theory) เป็นทั้งปรัชญา และทฤษฎีทางการพยาบาล ที่มีจุดเน้นที่การดูแล (Caring) ปัจจุบันทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาจนวัดสันเรียกว่าเป็น ศาสตร์การดูแลมนุษย (Human Caring Science) วัดสันได้อธิบายว่า “ความรักอันยิ่งใหญ่ (cosmic love)” ระหว่างเพื่อนมนุษย์ เป็นที่ตั้งของการดูแล ผู้ให้การพยาบาลต้อง “ให้การพยาบาลด้วยความรัก” (Caritas nursing) เพราะความรักคือพลังที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล (Watson, 1985; 2005; 2008) ส่วนหน่วยงาน หอผู้ป่วย การทำหัตถการ การทำหน้าที่ เทคโนโลยี คือสิ่งที่ประดับตกแต่ง (Trim) ที่ไม่อาจยึดเป็นศูนย์กลางของวิชาชีพพยาบาล ทฤษฎีการดูแลของวัดสัน สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors) ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) อีก 10 ประการที่วัดสันพัฒนาเพิ่มเติมตั้งแต่ปี 2002 (Watson, 2008) การนำของปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors)/ กระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ไปใช้ในการพยาบาล สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น (2) สร้างความศรัทธาและความหวัง (3) ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (4) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ (5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ (6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ (7) ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น (8) ปรึกษาปรึกษา สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น และ (10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ปัจจัยการดูแลและกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแลข้อนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญและเข้าใจยากที่สุด ทั้งนี้เพราะศาสตร์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ถึงถึงความสำคัญในชีวิตและการเสียชีวิต เพราะการมีชีวิตไม่ใช่เพียงการอยู่และแก้ไขปัญหากแต่การมีชีวิตยังเป็นความลึกลับซับซ้อนที่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ ด้วยความมีสติแห่งความรัก

2. ผลการสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้: 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 7 ขั้นตอนย่อย คือ (1) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและการไว้วางใจ (Relationships building) (2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) (3) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) (4) การตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-determination) (5) การลงมือปฏิบัติ (Action) (6) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) และ (7) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) โดยมีรายละเอียดการสังเคราะห์ ดังต่อไปนี้

PHIRD
2,2

ตารางที่ 1 แสดงการ

สังเคราะห์จำแนกตามหมวดหมู่เนื้อหาขององค์ประกอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ที่มาของวิธีการ : ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วารสารของ พงศ์พิชญ บุญดา (Boonda, P., 2021 No.398059; Boonda, P., 2021 No.398060) และแนวคิดของ พงศ์พิชญ บุญดา (Boonda, P., 2020 pp. 89-98)

องค์ประกอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	Champeng, S., et al. (2019)	กฤตกร พันธ์ระ และคณะ (2020)	Pemthup, S., et al. (2023)	Thungtong, S., et al. (2015)	สุจินญา คงเจริญ และคณะ (2013)	หม่อมกมล จันทร์ศรี และคณะ (2020)	Intarasas, T. (2023)	จอนนทะ จงพิจาด (2010)	Barnes, J. (2020)	ภัทร แจ่มจันทร์ (2019)	นโยบาย	PCG สภพสา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ชุมชน	รวมทั้งหมด	%
1 สร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือและการไว้วางใจ		✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7	50.00
2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	78.57
3) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting)	✓				✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	8	57.14
4) การตัดสินใจด้วยตัวเอง (self-determination)			✓				✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	8	57.14
5) การลงมือปฏิบัติ (Action)								✓	✓	✓	✓	✓			5	35.71
6) การกำกับตนเอง (Self-monitoring)	✓	✓					✓			✓	✓	✓	✓	✓	8	57.14
7) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	71.43

องค์ประกอบโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้: กรณีศึกษาอำเภอห่มลัมสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยเลือกประเด็นที่มีค่ามากกว่าร้อยละ 50 เป็นหลักในการนำมาร่างองค์ประกอบโปรแกรม ทั้งนี้มีประเด็นที่มีค่าน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่ผู้วิจัยได้นำมารวมประกอบการร่างองค์ประกอบของโปรแกรมด้วย ด้วยเหตุผลที่ว่า มีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของตัวแทนผู้ป่วยในชุมชน และทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโดยตรงตามพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ โดยมี 2 แนวคิดทฤษฎีเป็นฐานในการสังเคราะห์และสรุปผล คือ 1) แนวคิดการจัดการตัวเอง (self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) (ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) (2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) (3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) และ 2) ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring theory) (Watson, 1985; 2005; 2008) ที่สรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น (2) สร้างความศรัทธาและความหวัง (3) ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (4) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ (5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ (6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ (7) ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น (8) ประดับประดา สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น และ (10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น

46

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting)	1 สร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือและการไว้วางใจ	1. กล่าวทักทาย แนะนำชี้แจงแนวทางการเข้าร่วมกิจกรรมและเป้าหมาย	1. ลงทะเบียน 2. ตอบแบบสอบถามแนะนำตัวเองและเข้าร่วมกิจกรรม	1. แบบลงทะเบียน ลงทะเบียนผู้เข้าร่วม 2. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจ	จำนวนผู้เข้าร่วม แบบทดสอบ ก่อน - หลัง
2) การกำกับตนเอง (Self-monitoring)	2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation)	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและผลการตรวจน้ำตาลสะสมที่ผ่านมา 2. แจงผลน้ำตาลสะสมครั้งสุดท้าย 3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัว	1. ชักถามพูดคุย 2. ทบทวนผลน้ำตาลสะสมที่ผ่านมา 3. แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและประสบการณ์การปฏิบัติตัวที่มีผลทำให้น้ำตาลขึ้นหรือลง	1. สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน 2. สื่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบก่อนหลัง
4. สรุปประเด็นจากการแลกเปลี่ยน					

ตารางที่ 2

แสดงกิจกรรมตามองค์ประกอบของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ที่มาของตารางและวิธีการ :

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

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

Citation: Boonchom, W. (2024). Results of a Diet Program for Elderly 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 26–61.

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation)	3) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting)	1. จัดกิจกรรมต้นไม้มือชีวิต ยอดไม้ คือ เป้าหมาย กิ่งไม้ คือ วิธีการ หนทางสู่เป้าหมาย รากไม้ คือ พื้นฐาน 2. กระตุ้นให้สมาชิกปลูกต้นไม้ชีวิต	1. ร่วมกิจกรรมต้นไม้มือชีวิต	กระดาษ A4 สี	1. สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมต้นไม้มือชีวิตร้อยละร้อย100 2. สมาชิกได้รับการประเมินมีเป้าหมายร้อยละ 100
4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)	4) การตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-determination)	1. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตัดสินใจเลือกและวางแผนวิธีการที่ให้เป้าหมายสำเร็จ 2. เปิดโอกาสให้ได้นำเสนอต้นไม้แห่งชีวิต	1. ตัดสินใจเลือกและวางแผนการดำเนินการให้เป้าหมายสำเร็จ 2. นำเสนอต้นไม้ชีวิตของตัวเอง	1. Flip chart กระดาษขาว 2. หนังสือสัญญาใจ 3. การนัดหมาย	1. สมาชิกร้อยละ 100 มีทางเลือกหรือแผนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด 2. สมาชิกตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิชญ บัญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)

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

Citation: Boonchom, W. (2024). Results of a Diet Program for Elderly 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 26–61.

48

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	5) การลงมือปฏิบัติ (Action)	1. ร่วมแสดงความคิดเห็นและสรุปเป้าหมายและวางแผนการดำเนินการให้เป้าหมายสำเร็จ 2. แนะนำวิธีการบันทึก 3. ชี้แจงแนวทางและนัดหมายการติดตาม 4. ออกเอกสารการนัดหมาย	1. ร่วมสรุปเป้าหมายและแผนการดำเนินการ 2. บันทึกข้อตกลง 3. ผูกการบันทึก 4. ชักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม 5. ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ 6. เข้ารับบริการตามเอกสารนัดหมาย	1. แบบบันทึกข้อตกลงสัญญาใจ 2. แบบบันทึกกิจกรรม	สมาชิกให้ความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลทุกคน ข้อมูลมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ สมาชิกสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้มากกว่าร้อยละ 80
	6) การกำกับตนเอง (Self-monitoring)	1. ติดตามการบันทึกอาหารทางโทรศัพท์/ไลน์ 2. เจาะ DTX ทุก 1 สัปดาห์ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ 3. ออกเยี่ยมบ้านในรายที่ค่า DTX มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือในรายที่มีปัญหาการบันทึกเพื่อร่วมปรับแผนหรือแก้ไขปัญหา	1. อนุญาตให้ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตัวและการบันทึกทั้งทางโทรศัพท์ทางกลุ่มไลน์หรือลงเยี่ยมบ้าน	1. โทรศัพท์ กลุ่มไลน์ 2. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน 3. ผลน้ำตาลในเลือด	1. สมาชิกได้รับการติดตามด้วยวิธี DTX ร้อยละ 100 2. สมาชิกที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 100

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

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

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

Citation: Boonchom, W. (2024). Results of a Diet Program for Elderly 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 26–61.

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่ พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	7) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)	1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ ผ่านมาด้วยคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) เช่น ที่ผ่านมามีทำอะไรบ้าง มีอะไรที่คิดว่าทำได้ดี อะไรที่ เป็นปัญหาอุปสรรค มีความกังวลเรื่องนี้อย่างไรบ้าง คิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างหาก ยังทำไม่ได้ สมมติว่าคุณเลิกมันได้สำเร็จ ชีวิตมันจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง 2. สรุปยืนยันสิ่งที่ได้ แลกเปลี่ยนสร้างความมั่นใจ และชื่นชมความสำเร็จ 3. ค้นหาปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติตน ในรายที่มี ปัญหายุ่งยากซับซ้อน 4. ประสานหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือแก้ไข ปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน	1. ยินดีแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ที่ผ่านมา 2. ร่วมยืนยันประเด็น สำคัญสิ่งที่ได้ แลกเปลี่ยน 3. หาแนวทางการแก้ไข ปัญหาและอุปสรรค ร่วมกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	1. สมุดบันทึกผู้ป่วย เบาหวาน	การสังเกต

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

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

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

Citation: Boonchom, W. (2024). Results of a Diet Program for Elderly 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 26–61.

50

ผลของโปรแกรมอาหารสำหรับ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ
ระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด
ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่ม
ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

3. ผลการทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานใน
ผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่
ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี
ทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน เป็นผู้รับบริการที่แพทย์
วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับการรักษาที่คลินิกหออัครบวร ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาล
หล่มสัก ในปีพ.ศ. 2566 อายุระหว่าง 60-69 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c \geq
7)

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายในกลุ่มทดลอง และ
ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
กลุ่มควบคุม					
กลุ่มควบคุม (Pre)	32	85.49	14.35	4.784	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	32	79.91	15.99		
กลุ่มทดลอง					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	85.85	13.55	-7.925*	0.001
กลุ่มทดลอง (Post)	30	99.19	7.04		

p < .01

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนน
เฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 85.85 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 99.19 คะแนน
เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อน และหลังการทดลองพบว่า มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า
ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 85.49 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.91
คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อน และหลังการทดลอง
พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001)

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 85.85.
คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 85.49 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับ
น้ำตาลสะสมในเลือด

ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.692) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 99.19 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 89.91 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	85.85	13.55	1.103	0.918
กลุ่มควบคุม (Pre)	32	85.49	14.35		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	30	99.19	7.04	6.071*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	32	89.91	15.99		

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

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง (Pre)	30	70.02	1.098	-8.992	0.001
หลังทดลอง (Post)	30	90.05	1.863		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง (Pre)	32	70.06	1.045	-0.177*	0.86
หลังทดลอง (Post)	32	70.09	1.027		

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

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ 70.02 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.05 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของความรู้ ก่อน และหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 70.06 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.09 คะแนน

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

ตารางที่ 6

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ก่อน และหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.86)

3.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	70.72	1.048	-0.103	0.91
กลุ่มควบคุม (Pre)	32	70.91	1.027		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	30	90.27	0.868	8.998*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	32	70.26	1.045		

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

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 70.02 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 70.91 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.91) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 90.27 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 70.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภค ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.23 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการบริโภค ก่อน และหลังการทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 70.06 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.09 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภค ก่อน และหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.86) ดังตารางที่ 7

53

PHIRD
2,2

ตารางที่ 7

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภคภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะการบริโภค	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง (Pre)	30	70.23	1.098	-8.992	0.001
หลังทดลอง (Post)	30	90.50	0.777		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง (Pre)	32	70.06	1.045	-0.163*	0.86
หลังทดลอง (Post)	32	70.09	1.027		

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

3.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะการบริโภค	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	30	70.03	1.098	-.107	0.915
กลุ่มควบคุม (Pre)	32	70.06	1.045		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	30	90.50	0.777	6.78*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	32	70.09	1.027		

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

ตารางที่ 8

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภค เท่ากับ 70.03 คะแนน และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.06 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.915) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.50 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.09 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อการใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

พบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมอาหารที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการทดลองใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีผู้ป่วยหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง ตามกระบวนการในโปรแกรมอาหาร พบว่า ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย น้ำตาลสะสม ของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำเปรียบเทียบกับเกณฑ์ พบว่า ผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมหลังทดลองของกลุ่มทดลองใกล้เคียงกับเกณฑ์ ปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภคของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง ผลการศึกษาในครั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และทักษะการบริโภคสูงขึ้นนั้น เกิดจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านอาหารโดยพยาบาล ที่ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเป็นฐานในการสังเคราะห์และสรุปผล คือ 1) แนวคิดการจัดการตัวเอง (self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) (ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) (2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) (3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) และ 2) ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring theory) (Watson, 1985; 2005; 2008) ที่สรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น (2) สร้างความศรัทธาและความหวัง (3) ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (4) สร้างสัมพันธ์ภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ (5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ (6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ (7) ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น (8) ควบคุมประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น และ (10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และได้ผสมผสานเพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรม ได้ 7 ขั้นตอนย่อย คือ (1) สร้างสัมพันธ์ภาพการช่วยเหลือและการไว้วางใจ (Relationships building) (2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) (3) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) (4) การตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-determination) (5) การลงมือปฏิบัติ (Action) (6) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) และ (7) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งผู้วิจัยมีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ จากการบรรยาย การสาธิต และให้เกิดการมีส่วนร่วม จากการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ระหว่างกัน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ จดจำได้ง่าย สนุกสนาน จนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตน โน้มเอียงที่จะคาดหวังในความสำเร็จ ก็จะมีความเพียรพยายามที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมด้านอาหาร ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตตน จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเกณฑ์ที่เหมาะสมตามระยะเวลาที่ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนพร อุณหวงศ์ และคณะ (2564) ศึกษาผลของการเข้าค่ายเบาหวานแบบค้างแรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ต่อพฤติกรรม

การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับไม่ได้มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าค่ายกิจกรรม และมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และจากการศึกษาของ ปิยนุช ภิญญไธและคณะ (2564) ศึกษาสถานการณ์การจัดการตนเอง เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองรวมทุกด้านหลังเข้าร่วมโครงการ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และ FBS หลังเข้าร่วมโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และจากการศึกษาของ ธัญญลักษณ์ แสนบุตดาและคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: ช่วงมาตรการผ่อนคลายโควิด 19 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้และการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ในส่วนของขั้นตอนในโปรแกรมที่ทำให้ ได้รับความรู้ ทักษะการบริโภค ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือและการไว้วางใจ (Relationships building) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Temthup, S., et al (2023) จอนพะ จงเพ็งจาด (2010) ปัทพร แจ็งสันเทียะ (2018) นโยบายประเทศ การคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือดสทสาข (Fasting plasma glucose; FPG) หรือ Fasting capillary blood glucose (FCG) และ ความเห็นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khampeng, S., et al (2019) กฤตกร หมั่นสระ และคณะ (2020) Temthup, S., et al (2023) Thungtong, S., et al (2015) นพาทรรณ์ จันท์ศรี และคณะ (2020) Intarasan, T. (2023) จอนพะ จงเพ็งจาด. (2010) ปัทพร แจ็งสันเทียะ (2018) นโยบายประเทศ FCG สทสาข และความเห็นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khampeng, S., et al (2019) สุพิณญา คงเจริญ และคณะ (2013) Intarasan, T. (2023) จอนพะ จงเพ็งจาด. (2010) Barnes, J. (2020) นโยบายประเทศ FCG สทสาข และความเห็นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจด้วยตัวเอง (self-determination) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Temthup, S., et al (2023) Intarasan, T. (2023) จอนพะ จงเพ็งจาด. (2010) Barnes, J. (2020) ปัทพร แจ็งสันเทียะ (2018) FCG สทสาข และความเห็นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติ (Action) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จอนพะ จงเพ็งจาด. (2010) Barnes, J. (2020) ปัทพร แจ็งสันเทียะ (2018) นโยบายประเทศ FCG สทสาข ขั้นตอนที่ 6 การกำกับตนเอง (Self-monitoring) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khampeng, S., et al (2019) กฤตกร หมั่นสระ และคณะ (2020) Intarasan, T. (2023) ปัทพร แจ็งสันเทียะ (2018) นโยบายประเทศ FCG สทสาข

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

และความคิดเห็นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 7 การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khampeng, S., et al (2019) Temthup, S., et al (2023) Thungtong, S., et al (2015) นพภรณ์ จันทร์ศรี และคณะ (2020) จอนณะ จงเพ็งจาด. (2010) Barnes, J. (2020) ปัทพร แจ็งสันเทียะ (2018) นโยบายประเทศ FCG สหสาขาและความคิดเห็นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน

ดังนั้น โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นมา จึงมีประสิทธิภาพในการใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นอย่างดี อีกทั้งผลประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ป่วยเบาหวานวัยทำงานที่เข้าร่วมในโปรแกรมอาหารที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับดี เป็นเพราะกระบวนการสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างความมั่นใจ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิด สามารถปฏิบัติได้ง่าย ทำได้เองที่บ้าน สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ พยาบาล และทางด้านสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยนำ (ร่าง) องค์กรประกอบของโปรแกรมอาหารที่พัฒนาไปนำเสนอ เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบคุณภาพ ได้ประเมินในประเด็นที่เกี่ยวกับความครอบคลุม สอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆ ในโปรแกรมอาหาร รวมทั้งกระบวนการในโปรแกรมอาหาร ซึ่งผลประเมินพบว่า มีคุณภาพระดับดี

สรุปผลการวิจัย

งานนี้เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า

1. ผลการศึกษาข้อมูลและแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุ พบว่า ในปี 2564-2566 ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 61.11 59.57 และ 59.32 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านตัวชี้วัด

2. ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2.1. ผลการสร้างโปรแกรม คือ โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอนย่อย คือ 1) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือและการไว้วางใจ (Relationships building) (2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) (3) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) (4) การตัดสินใจด้วยตัวเอง (Self-determination) (5) การลงมือปฏิบัติ (Action) (6) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) และ (7) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) 5) การวัดและประเมินผล

2.2. ผลการตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีคุณภาพระดับดี และผลการนำร่องทดลองใช้โปรแกรมอาหาร พบว่า กิจกรรมตามกระบวนการในโปรแกรมอาหาร สามารถนำไปใช้ในการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้ได้

3. ผลการทดลองใช้โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่พัฒนา พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และทักษะการบริโภคสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่าใกล้เคียงกับเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1. ด้านนโยบาย

1.1.1. เป็นส่วนประกอบในการกำหนดแผน หรือนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2. ด้านการปฏิบัติ

1.2.1. จัดทำเป็นคู่มือและแนวปฏิบัติ (CPG) ของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรนำไปใช้ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองหล่มสัก

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1. การศึกษาและวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบหลายกลุ่มพลัดติดตามในระยะยาว ถึงการคงอยู่ของความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

2.2. วิเคราะห์องค์ประกอบของโปรแกรมอาหารด้วยสถิติขั้นสูง เพื่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในการสร้างโปรแกรมอาหารที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) เพิ่มเติมจากการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ตามแนวคิด “การสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาด้านสาธารณสุข” ของ พงศ์พิชญ บุญตา (Boonda, P., 2020)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL X/2566.1.9 เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2566

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์ และอาจารย์ ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ตำราและวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็น Coacher และหัวหน้าโครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบผสมผสานของเครือข่ายเพื่อสร้างนวัตกรรมในเขตสุขภาพร่วมกับมหาวิทยาลัยของไทย : กรณีศึกษาของเขตสุขภาพที่ 2 และสถาบันพระบรมราชชนก” และการขยายผลโครงการวิจัย “การพัฒนาสมรรถนะนวัตกรรมเพื่อผลิตงานวิจัยและนวัตกรรมในระบบสุขภาพของไทย” ในการสนับสนุนให้งานวิจัยเรื่องนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. (2566). ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหล่มสักสถิติผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานเข้ารับการรักษา ปีงบประมาณ 2565-2566. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ, รำไพ หมั่นสระเกษ, & สุกัญญา จุลละสุวรรณ. (2563). กลยุทธ์ การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(2), 214-225.
- พัฒนพร อุ๋นวงศ์, & มยุรี บุญศักดิ์. (2566). ผลของการเข้าค่ายเบาหวานแบบค้างแรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 3(1), 44-62.
- สุพิณญา คงเจริญ, ชตช้อย วัฒนะ และ ชีรนุช ห่านรัตติย์. (2556). ผลของ โปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. 40(1), 23-33.
- นพภรณ์ จันทร์ศรี, กนกพร นทีชนสมบัติ และ ทวีศักดิ์ กสิผล (2563). ผลของโปรแกรมกำกับการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*. 6(2), 58-68.
- จอนณะ จงเพ็งจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสภาชาติไทย*, 3(1-3), 1-17.

- บัทพร แจ่มสันเทียะ และ ชนัดดา แนบเกษร. (2018). ผลของโปรแกรมวาดภาพเสริมสร้าง
ความหวังต่อความหวังในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารพยาบาลทหารบก*.
19(พิเศษ), 343-353.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณานุกรม). (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจ
ร่างกาย ครั้งที่ 6 2562 - 2563. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- 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.
- Barnes, J. (2020). Improving Quality of Care and Patient Education.
- 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), 2020, pp. 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*. Vol.210, 393-404, Wessex Institute, UK.,
DOI:10.2495/SDP160331.

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

Citation: Boonchom, W. (2024). Results of a Diet Program for Elderly 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 26-61.

The effect of a diet program for elderly diabetic patients

- 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.
- Cho, M.K., & Kim, M.Y. (2021). Self-Management Nursing Intervention for Controlling Glucose among Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*,18(23), 12750.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas - 10th edition*. Retrieved May 30, 2023, from <https://diabetesatlas.org>
- Papatheodorou, K., Banach, M., Bekiari, E., Rizzo, M., & Edmonds, M. (2018). Complications of Diabetes 2017. *Journal of Diabetes Research*, 2018, 3086167.
- Intarasan, T. (2023). A Developing a Self-Management Model to Enhanced Glycemic Control for Uncontrolled Diabetic Patients. *Journal of MCU Nakhondhat*, 10(8), 277-288.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods.
- Khampeng, S., Boonpradit, A., & Poyungnoen, Y. (2019). The Effects of the Self-directed Programs on Food Consumption, Exercise, Body Weight and Blood Sugar Levels among Diabetic Patients in Muang District, Lopburi Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 29(2), 74-86.
- Pate, Wittenborn, D, Jeschke, J. (1995). Characteristics of Exotic ants in North America. Wittman, SE.
- 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.

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

Citation: Boonchom, W. (2024). Results of a Diet Program for Elderly 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 26–61.

- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self- Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*, 57(4): 217 – 225.
- 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.
- Temthup, S., Nilmanat, K., Chiawaram, J., & Kunghae, S. (2023). The Effect of a Nurse Led Self-Management Enhancing Program on Antiviral Drug Adherence in Patients with Hepatitis B Virus-related Hepatocellular Carcinoma. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(03), 129-146.
- Thungtong, S., Chinnawong, T., & Thaniwattananon, P. (2015). Effects of Self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 35(1), 67-84.
- Watson, J. (1985). *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Norwalk: Connecticut, Appletion-Century-Crofts.
- Watson, J. (2005). Caring theory as ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, 12; 18-55.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder, Colorado.: University Press of Colorado.
- Watson, J., & Woodward, T. K. (2010). Jean Watson's theory of human caring. *Nursing theories and nursing practice*, 3, 351-369.