

การพัฒนารูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญในห้องตรวจโรคเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากลาด ตำบลคลองเขิน อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม

Developing a substantive conversation format in the examination room to increase effectiveness in treating patients with type 2 diabetes patients who cannot control their blood sugar level. A Case Study of NCDs Clinic, Paklad Health Promoting Hospital, Samut Songkhram Province.

ชัชชัย เล็กพิทยา**
Chatchai Lekpittaya

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญในห้องตรวจโรคและวัดประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวเพื่อนำไปใช้จริงในห้องตรวจโรค ใช้กระบวนการสังเคราะห์เอกสาร การตีความจากทฤษฎี การสังเกต การสนทนา เพื่อสร้างรูปแบบการสนทนา นำมาเปรียบเทียบประสิทธิผลด้วยการทดลองใช้จากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 ตัวอย่าง รวม 80 ตัวอย่าง วัดผลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้สุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย pair simple t-test และ independent t-test

ผลการศึกษา รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญประกอบด้วย 1) การแสดงความห่วงใยใส่ใจต่อผู้ป่วย 2) แจ้งสถานการณ์เฉพาะราย 3) ร่วมกันค้นหาสาเหตุ 4) ฉายภาพให้ผู้ป่วยเห็นถึงอนาคต และ 5) กำกับติดตามประเมินผล ผลการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระดับการรับรู้ทางสุขภาพในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) และระดับน้ำตาลสะสม ฮีโมโกลบิน A1C ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$)

ประโยชน์ในการศึกษาเพื่อให้แพทย์และทีมสหวิชาชีพประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสนทนากับผู้ป่วยในห้องตรวจโรคในประเด็นที่สำคัญจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการติดตามรักษาให้มีประสิทธิภาพในระยะยาวที่มีอยู่อย่างจำกัด

คำสำคัญ : การสนทนา สาระสำคัญ ห้องตรวจโรค

Abstract

This research is a mixed methods study aimed to creating a substantive conversation model in outpatient clinics and evaluating the effectiveness of this model for real-world application. This process involves document synthesis, theory

interpretation, observation, and discussion to create a model. The efficacy was compared with application in experimental groups and control groups, each group had 40 samples, totaling 80 samples. Data were analyzed using paired simple t-tests and independent t-tests.

For the results of the study, substantive conversation model included 1) showing care and concern to the patient 2) informing the specific situation 3) collaboratively to find the cause 4) projecting the future to the patient and 5) providing guidance for follow-up and evaluation.

The results of comparing the experimental groups and control groups reveals that after participating in the program, the level of health awareness in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($P=0.000$). The level of health behavior in the experimental group was statistically significantly higher than that in the control group: ($P=0.000$). Cumulative blood sugar and hemoglobin A1C levels of the experimental group were significantly lower than those in the control group ($P=0.000$).

The benefits of this study for interdisciplinary healthcare teams are used as a guideline for applying with patients in outpatient clinics on critical issues. This will provide valuable information for effective treatment and follow-up in the limited available time.

Keywords: Conversation, Substantive, Examination room

** นายแพทย์ชำนาญการ (อายุรแพทย์) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ รายงานสถานการณ์ทั่วโลกพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1980 เป็น 422 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 และระหว่างปี ค.ศ.2000-2019 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 3 โดยในปี 2019 มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากภาวะไตวายประมาณ 2 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจความชุกโรคเบาหวานในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563²

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบการเผาผลาญที่เกิดจากการดื้ออินซูลิน และการทำงานของเบต้าเซลล์ที่ล้มเหลวทำให้น้ำตาลในเลือดสูง อาการเบื้องต้นของน้ำตาลในเลือดสูงเฉียบพลัน เช่น อ่อนเพลียมาก คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบเหนื่อย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง หรือหมดสติ สำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลาานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยผลกระทบเบื้องต้นจะทำให้ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติให้ ทำให้ระดับความดันโลหิตมีแนวโน้มสูงขึ้น การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไขมันในเลือดสูง ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน ทำให้การทำงานของเอนโดทีเลียมเซลล์ผิดปกติ เกิดภาวะหลอดเลือดเสื่อมสภาพ มีการอักเสบ และการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือดนี้เองที่ทำให้หลอดเลือดตีบ แคบลง หรืออาจตันไปในที่สุด มีผลทำให้เลือดผ่านไปยังอวัยวะ ต่างๆ ไม่ได้ เกิดภาวะขาดเลือด ขาดสารอาหาร ขาดออกซิเจน ทำให้อวัยวะนั้นๆ เสียหาย เช่น ถ้าเกิดขึ้นกับหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าเกิดขึ้นกับเส้นเลือดในสมองจะทำให้เกิดอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke) นอกจากนี้ระดับน้ำตาลที่สูงกว่าเกณฑ์เป็นเวลานานส่งผลต่อการส่งกระแสประสาทส่วนปลาย ทำให้เส้นประสาทเสื่อมโดยเฉพาะที่บริเวณเท้า เส้นเลือดที่จอประสาทตาเสื่อม มีเลือดออก จอประสาทตาหลุดลอก ทำให้ตาบอด ผลกระทบต่อเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตทำให้ไตขาดเลือด ไตเสื่อม เป็นโรคไตวายในที่สุด

จากรายงานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2565 เมื่อเทียบจากสัดส่วนประชากร จังหวัดสมุทรสงคราม มีผู้ป่วยเบาหวานเป็นลำดับที่ 16 ของประเทศและเป็นอันดับ 1 ในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย สุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และ ประจวบคีรีขันธ์ โดยมีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,715.43 สูงกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วประเทศ ซึ่งเท่ากับ 1,439.04 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆเมื่อเทียบกับปีก่อนๆซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่รับการรักษาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 50 แห่ง ระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลอัมพวา โรงพยาบาลนากัลย และในระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ รับผิดชอบผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงครามเป็นหลัก จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปี พ.ศ.2565 พบว่าในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม มีผู้ป่วยเบาหวาน รับการรักษาจากคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายทั้ง 20 แห่ง โดยมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 7,118 คน ในจำนวนนี้ได้รับการตรวจค่าฮีโมโกลบินเอวันซี แล้วทั้งสิ้น จำนวน 4,682 คน มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำนวน 1,866 คน หรือเพียงร้อยละ 39.85 เท่านั้น ยังมีอีกประมาณร้อยละ 60 ที่มีค่า ฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์³ ซึ่ง

นับว่ายังเป็นปัญหาในการดูแลรักษาและยากต่อการเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน อาจส่งผลกระทบต่อระยะยาว ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว

นั่นแสดงให้เห็นว่าจุดมุ่งหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อ ชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การตรวจหาค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลังประมาณ 2-3 เดือน ผลของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมจะเป็นตัวสะท้อนกลับถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ บอถึงการควบคุมระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงการควบคุมเพียงชั่วคราว ดังนั้นการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เป็น สิ่งที่ขาดไม่ได้ในการควบคุมรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม น้อยกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด⁴ สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2015) ได้กำหนด มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายได้รับการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง ปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาคู่มือ การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้ ทักษะการจัดการปัญหาด้วยตนเอง เพิ่มการตระหนักรู้เรื่องโรค สามารถตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือดด้วย ตนเอง มีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การดูแลเท้า การใส่ยา และควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด จากการศึกษาของนักวิชาการหลายๆ ท่าน เช่น สุริยะ นันทสนธิ⁵ ศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการ ในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่งผลต่อค่าน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงปัญหาด้านของผู้ป่วยที่พบ อาทิเช่น การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง หรือจะรับประทานยาเมื่อเริ่มรู้สึกกว่าตัวเองมีอาการที่ไม่ค่อยปกติ หรือถ้าลืมรับประทานยาในมือใดมือหนึ่งหรือเลยเวลาที่แพทย์สั่งก็จะไม่รับประทานยาในมือนั้นไปเลย ซึ่งปัญหานั้นเกิดจากการไม่ได้รับรู้ข้อสั่งการของแพทย์อย่างแท้จริง และในผู้ป่วยบางรายไม่กล้าแจ้งเรื่องการรับประทานยาที่ผิดพลาดให้แพทย์ผู้ทำการรักษารับทราบ แพทย์จึงเข้าใจว่าปริมาณยาที่จ่ายให้ไม่เพียงพอกับปริมาณน้ำตาลที่พบทำให้ต้องปรับปริมาณยาให้มากขึ้นหรือเปลี่ยนประเภทยาในระดับที่สูงขึ้นเกินความจำเป็นซึ่งอาจส่งผลด้านลบกับตัวผู้ป่วยได้ในอนาคต ซึ่งสาเหตุดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากการสื่อสารระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยนั่นเอง และเป็นที่ยอมรับว่า ความคลาดเคลื่อนของการสื่อสาร เป็นสาเหตุรากของหลายๆ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สถาบัน Institute for Healthcare Improvement (IHI) ได้แนะนำให้หลายๆ โรงพยาบาลแก้ปัญหาคือการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์คุณภาพความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety Goals)

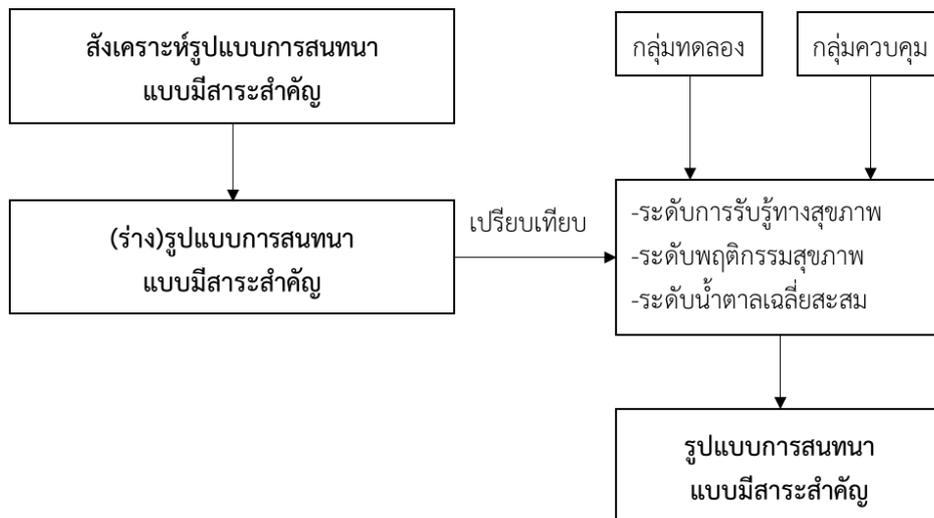
จากกระบวนการที่ผ่านมาชี้ให้เห็นถึงการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การสร้างความร่วมมือระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยมีความไวเนื้อเชื่อใจกับแพทย์เจ้าของไข้เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ดังนั้นแพทย์เจ้าของไข้จึงควรเพิ่มการสื่อสารเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการใช้

ยาไปด้วย แต่ด้วยภาระงานและจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากทำให้แพทย์ต้องใช้เวลาในการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละรายค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยในฐานะของแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จึงต้องการหา รูปแบบที่จะช่วยให้การสนทนากับผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความชัดเจนตรงสภาพปัญหา และสามารถร่วมกันค้นหาแนวทางในการรักษาด้วยเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งประโยชน์ของงานวิจัยชิ้นนี้จะต่อบัณฑิตผู้ประสงค์ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และเป็นแนวทางให้กับอายุรแพทย์ แพทย์ รวมถึงทีมสหวิชาชีพนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในงานวิจัย



กระบวนการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยกระบวนทัศน์แบบการตีความนิยม (Interpretivism) และการสร้างสรรค์นิยม (Constructivism) ตามแนวทางของซาร์มาซ⁶ เพื่อค้นหาความหมายหรือแนวคิด รูปแบบใหม่จากทัศนะของผู้ให้ข้อมูลหลักตัวผู้วิจัยเองจึงเป็นเครื่องมือหลักที่ต้องมีความเข้าใจในกระบวนการสร้างความหมายของพฤติกรรมต่าง ๆ และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล⁷ และงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสม โดยการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) และศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Study) เปรียบเทียบ

ระดับการรับรู้ ระดับพฤติกรรมและระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ โดยกำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหาและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ โรคเบาหวาน แนวคิดการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) กรมการแพทย์ได้กำหนดขั้นตอนในการรักษาโรคเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ⁸ การสนทนาเชิงลึก (Deep Conversation) การพูดคุยแบบมีสาระสำคัญ (Substantive Talk)⁹ และ แนวทางการโค้ชซึ่ง ด้วยรูปแบบ GROW Model¹⁰ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การพูดคุยแบบมีสาระสำคัญ (Substantive Talk) คือการพูดถึงประเด็นที่มีความสำคัญต่อชีวิต ซึ่งเป็นการพูดคุยที่ทำให้เกิดการเข้าใจกันและก่อให้เกิดความสุขใจที่ได้มีโอกาสได้พูดคุยและรับฟังอย่างเข้าอกเข้าใจกัน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 การสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างคู่สนทนา

1.2 การเปิดเผยตัวตนแสดงถึงความจริงใจกับคู่สนทนาโดยไม่ปิดบังอำพราง

1.3 การสร้างคุณค่าให้กับคู่สนทนา การให้ความสำคัญกับคู่สนทนาว่าการสนทนาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อเขามากที่สุด

2. แนวทางการโค้ชซึ่ง ด้วยรูปแบบ GROW Model ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 Goal คือ เป้าหมายที่เป็นรูปธรรมของผู้รับการโค้ชที่ต้องการ

2.2 Reality คือ ข้อมูลข้อเท็จจริงสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน

2.3 Option คือ ทางเลือกและหรือแนวทางที่เป็นไปได้จากความคิดสร้างสรรค์การเปรียบเทียบวิธีการที่จะทำให้ประสบความสำเร็จและมีความเหมาะสม

2.4 Will คือ เริ่มตัดสินใจที่จะลงมือทำตามที่ตั้งใจไว้เพื่อประสบความสำเร็จในการเอาชนะอุปสรรคใดๆที่อาจจะต้องทำไปพร้อมกัน

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของเครทลอฟิน¹¹ ซึ่งมีสมมติฐานว่าคุณคนจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกกลัวโรครุนแรง และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้¹² ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของโรเซนสตัด¹³ ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมป้องกันโรคหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับ 5 ประเด็นหลัก คือ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ

มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก¹⁴

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

3.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้นำมาพยากรณ์พฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

3.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง เบคเกอร์และไมแมน¹⁵ ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สถานะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

ขอบเขตด้านสถานที่

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากลัด ตำบลคลองหิน อำเภอมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากปลัด ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเกิน 8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ติดต่อกัน 3 ครั้งล่าสุด จำนวน 43 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มประชากรมีขนาดเล็ก ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิค การเปิดตารางสุ่มของ เครซีและมอร์แกน¹⁶ ซึ่ง จากจำนวนประชากร ทั้งสิ้น 43 คน ปิดหน่วยเป็น 45 คน เปิดตารางสุ่มได้จำนวน 40 ตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ให้ครบจำนวน โดย กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการจ่ายยารักษาเบาหวานอย่างน้อย 1 ตัว
- 2) ผู้ที่มีระดับ HbA1C ตั้งแต่ 8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดต่อกัน 3 ครั้งหลังสุด
- 3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- 4) ผู้ป่วยที่สามารถเข้าห้องตรวจได้โดยลำพังและยินดีพูดคุย
- 5) ผู้ที่ครบนัดการตรวจวัดค่าน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี ในเดือน มกราคม 2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้
- 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำหรือบกพร่องทางสติปัญญา เช่น dementia, mental retardation

สรุปผลการสุ่ม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากปลัด ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเกิน 8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ติดต่อกัน 3 ครั้งล่าสุด และได้รับการการพูดคุยแบบมีสาระสำคัญ จำนวน 40 คน และมีการนัดหมายที่จะเจาะค่าน้ำตาลสะสมในเดือน

กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองแต่ไม่ได้รับการการพูดคุยแบบมีสาระสำคัญ จำนวน 40 คน

เกณฑ์การเปรียบเทียบ เพื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต้องมีการรับรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี ไม่แตกต่างกัน จึงสามารถนำสู่การทดลองได้ ซึ่งผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบระดับการรับรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและ ค่าน้ำตาลสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อการเปรียบเทียบ	t	Sig. (2-tailed)	Mean (ทดลอง)	Mean (ควบคุม)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
1.การรับรู้ทางสุขภาพ	0.768	0.445	2.27	2.21	0.06	-0.09285	0.20951
2.พฤติกรรมสุขภาพ	0.314	0.754	3.03	3.00	0.03	-0.16017	0.22017
3.น้ำตาลสะสม A1C	0.923	0.359	9.50	9.23	0.27	-0.30642	0.83642

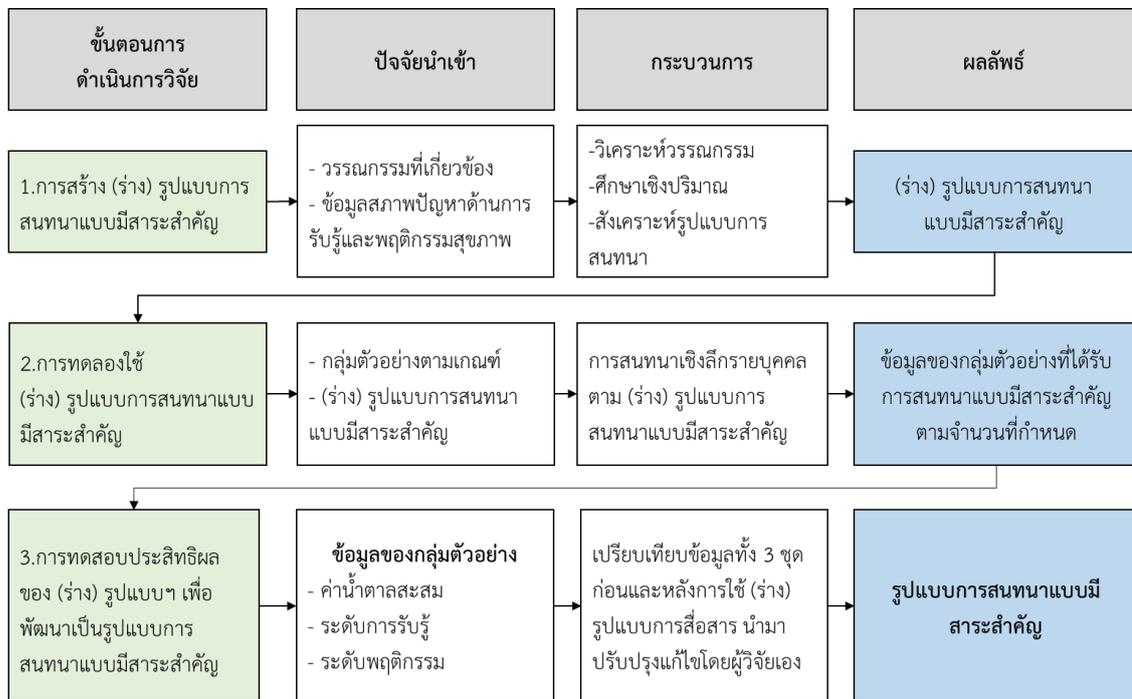
จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีการรับรู้สุขภาพ (P=0.445) พฤติกรรมสุขภาพ (P=0.754) และค่าน้ำตาลสะสม (P=0.359) ไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีความเหมาะสมในการศึกษาต่อไป

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลา ตั้งแต่การออกแบบงานวิจัย การขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูล และการสรุปผล ดังนี้

กิจกรรม(ระบุทุกขั้นตอน) (เพิ่มจำนวนข้อและหน้าได้)	เดือน							
	ส.ค.66	ก.ย.66	ต.ค.66	พ.ย.66	ธ.ค.66	ม.ค.66	ก.พ.67	มี.ค.67
1. เตรียมออกแบบงานวิจัย	—————→							
2. ขอจริยธรรม			—————→					
3. เก็บข้อมูล				—————→				
4. วิเคราะห์/สรุปผล							—————	
5. เผยแพร่								—————

กรอบขั้นตอนในงานวิจัย



ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาโดยการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ จากแนวคิด พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดการสนทนาเชิงลึก (Deep Conversation) รูปแบบการพูดคุยแบบมีสาระสำคัญ (Substantive Talk) และแนวทางการโค้ชซึ่ง ด้วยรูปแบบ GROW Model) ร่วมกับการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็น (ร่าง) รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้ (ร่าง)รูปแบบการสนทนาไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากถัด โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) เกิน 8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ติดต่อกัน 3 ครั้งล่าสุด อ้างอิงหลักเกณฑ์ตามขั้นตอนในการรักษาโรคเบาหวานในแนวทางเวชปฏิบัติ 2557 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมตั้งแต่ 8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป⁸

แผนการทดลอง



เมื่อ

T1 คือ Test ครั้งที่ 1 โดยการเปรียบเทียบครั้งแรกก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

T2 คือ Test ครั้งที่ 2 โดยการเปรียบเทียบครั้งที่ 2 หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลัง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรม

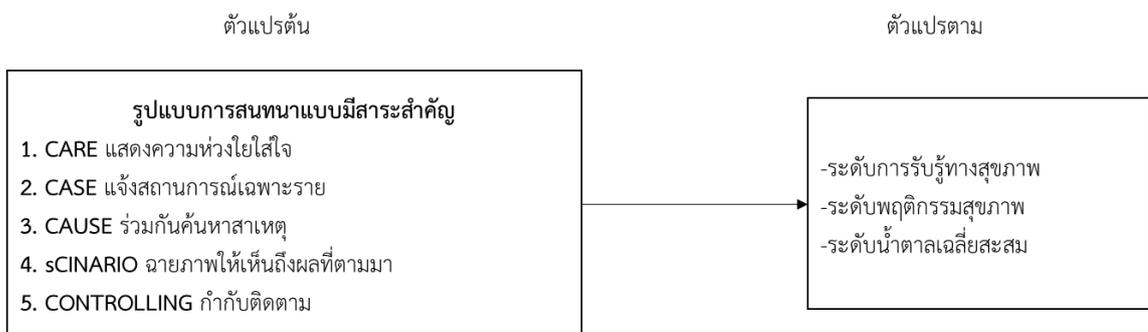
A คือ Activity เริ่มการสนทนาแบบมีสาระสำคัญในกลุ่มทดลอง

W_n คือ Week สัปดาห์ที่ n

M_n คือ Monitoring การติดตามครั้งที่ n

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของ (ร่าง)รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญด้วยการเปรียบเทียบ คะแนนระดับการรับรู้ ระดับพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากหลังการพูดคุยแบบมีสาระสำคัญ อย่างน้อย 3 เดือน เปรียบเทียบกับข้อมูล

กรอบแนวคิดในการเปรียบเทียบเชิงปริมาณ



เครื่องมือ

1. ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสาร
2. แบบสนทนาเชิงลึกรายบุคคล (Deep Conversation) โดยการบันทึกลงในสมุดสนทนา สำหรับงานวิจัย รวบรวมข้อมูลจากการพูดคุย สังเกตการณ์สนทนา การตอบคำถาม ทำที่การแสดงออกต่างๆ
3. แบบสอบถามเพื่อเปรียบเทียบ ค่าน้ำตาลสะสม การรับรู้ และพฤติกรรม เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ประกอบด้วย เพศ อายุ ข้อมูลน้ำตาลสะสมเฉลี่ย 3 ครั้ง ล่าสุด โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Data) น้ำตาลสะสม (HbA1C) จากเวชระเบียน นำมาเฉพาะผู้ที่มีค่าเกิน 8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และข้อมูล (Prospective Data) จากเวชระเบียน คือ ข้อมูลค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) หลังจากใช้ (ร่าง) รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ 3 เดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้และความเข้าใจ ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่รักษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้มาตรวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่ง 4 ระดับ โดยประยุกต์ใช้มาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale)¹⁷ โดยกำหนดเป็นมาตรวัดอันตรภาคชั้น (Interval scale) ดังนี้

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 1) รับรู้และเข้าใจ | เท่ากับ 3 คะแนน |
| 2) รับรู้และเข้าใจบ้าง | เท่ากับ 2 คะแนน |
| 3) เคยรับรู้แต่ไม่เข้าใจ | เท่ากับ 1 คะแนน |
| 4) ไม่เคยรับรู้เลย | เท่ากับ 0 คะแนน |

การแปรความหมายระดับการรับรู้ ใช้เกณฑ์ของเบสต์¹⁹ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ การรับรู้ดี การรับรู้ปานกลาง การรับรู้ไม่ดี ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} / \text{จำนวนชั้น} \\ &= (3 - 0) / 3 \\ &= 1 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปรผลค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติ ดังนี้

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| ผู้ที่ได้คะแนน 0.00 - 1.00 | หมายถึง ผู้ที่มีการรับรู้ไม่ดี |
| ผู้ที่ได้คะแนน 1.01 - 2.00 | หมายถึง ผู้ที่มีการรับรู้ปานกลาง |
| ผู้ที่ได้คะแนน 2.01 - 3.00 | หมายถึง ผู้ที่มีการรับรู้ดี |

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรม ตามแนวคิด 3อ2ส.ของกรมอนามัย ใช้มาตรวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่ง 5 ระดับ โดยประยุกต์ใช้มาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale)¹⁷ สำหรับข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3 4 5 6 7 และ 8 จะมีการกลับคะแนนก่อนวิเคราะห์

- | | เชิงบวก | เชิงลบ |
|---|-----------------|-----------------|
| 1) ปฏิบัติเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน) | เท่ากับ 5 คะแนน | เท่ากับ 1 คะแนน |
| 2) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (สัปดาห์ละ 4-5 วัน) | เท่ากับ 4 คะแนน | เท่ากับ 2 คะแนน |
| 3) ปฏิบัติบ้าง (สัปดาห์ละ 2-3 วัน) | เท่ากับ 3 คะแนน | เท่ากับ 3 คะแนน |
| 4) นานๆ ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 วัน) | เท่ากับ 2 คะแนน | เท่ากับ 4 คะแนน |
| 5) ไม่เคยปฏิบัติเลย | เท่ากับ 1 คะแนน | เท่ากับ 5 คะแนน |

การแปรความหมายระดับการรับรู้ ใช้เกณฑ์ของ เบสต์¹⁸ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ พฤติกรรมสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง และพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} / \text{จำนวนชั้น} \\ &= 5 - 1 / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปรผลค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติได้ ดังนี้

ผู้ที่ได้คะแนน 1.00 – 2.33	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี
ผู้ที่ได้คะแนน 2.34 – 3.67	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง
ผู้ที่ได้คะแนน 3.68 – 5.00	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดี

การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยเอกสาร ใช้การวิเคราะห์องค์ความรู้ที่มี ทั้งประเด็นความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ แยกเป็นประเด็นที่สำคัญ และนำมาสังเคราะห์ก่อรูปขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่

งานวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ (Synthesis) ข้อมูลจากการสนทนาเชิงลึกเป็นรูปแบบด้วยการตีความ การสังเกต ถอดความให้ความหมาย

งานวิจัยเชิงปริมาณ วิเคราะห์ประสิทธิผล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบ คะแนนการรับรู้ คะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ด้วยสถิติ Independent T-test การทดสอบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีอิสระจากกัน

จริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 014/2566 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษาในการสังเคราะห์ร่างรูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ (ร่าง) รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานนำมาสร้างเป็นเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และนำผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ได้มาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมกำหนดเป็นประเด็นในการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ ตามตารางที่ 2 และ 3 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรักษาในกลุ่มทดลองก่อนการใช้โปรแกรมรูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ

ประเด็น	Mean	S.D.	แปลผล
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้ามีน้ำตาลสะสมเกินเกณฑ์ที่กำหนด	1.93	0.971	ปานกลาง
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่รับประทานยาให้ถูกต้อง	1.65	1.027	ปานกลาง
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่ควบคุมอาหารให้เหมาะสม	2.03	0.660	ดี
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถ้าไม่คุมน้ำตาลสะสม	2.05	0.932	ดี
การรับรู้ถึงโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	2.40	0.672	ดี
การรับรู้ถึงภาวะลูกกลมด้วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต	2.10	0.841	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	2.70	0.608	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง	1.95	0.783	ปานกลาง
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารให้เหมาะสม	2.43	0.712	ดี
การรับรู้ถึงความจำเป็นในการมาตามนัดการติดตามรักษา	2.88	0.335	ดี
การรับรู้ว่าการรักษาเป็นเรื่องจำเป็นและต้องมีวินัย	2.55	0.504	ดี
การรับรู้ว่าการคุมอาหารเป็นเรื่องที่ยากแต่ต้องกระทำ	2.60	0.632	ดี
รวม	2.27	0.355	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่าการรับรู้ที่มีคะแนนน้อย 5 ลำดับแรก คือ การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่รับประทานยาให้ถูกต้อง (Mean=1.65, S.D.=1.027) การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้ามีน้ำตาลสะสมเกินเกณฑ์ที่กำหนด (Mean=1.93, S.D.=0.971) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง (Mean=1.95, S.D.=0.783) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถ้าไม่คุมน้ำตาลสะสม (Mean=2.05, S.D.=0.932) การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่ควบคุมอาหารให้เหมาะสม (Mean=2.03, S.D.=0.660)

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการใช้โปรแกรมรูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ

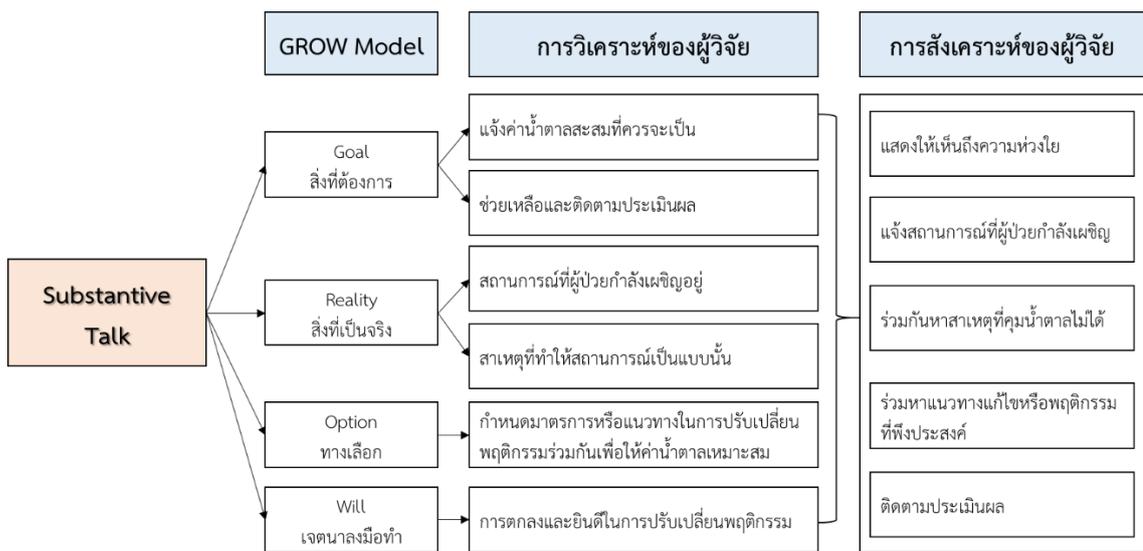
ประเด็น	Mean	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	2.40	0.778	ปานกลาง
พฤติกรรมรับประทานของหวาน	2.43	0.874	ปานกลาง
พฤติกรรมการดื่มกาแฟสำเร็จรูป	2.30	0.992	ไม่ดี
พฤติกรรมรับประทานผลไม้แปรรูป	2.40	0.672	ปานกลาง
พฤติกรรมรับประทานผลไม้ที่มีความฉ่ำหวาน	2.55	0.876	ปานกลาง
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน	3.13	0.883	ปานกลาง
พฤติกรรมการดื่มสุรา	4.28	0.933	ดี
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	4.25	1.235	ดี
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.25	1.296	ปานกลาง
พฤติกรรมการนอน	3.28	1.240	ปานกลาง
รวม	3.03	0.378	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าการรับรู้ที่มีคะแนนน้อย 5 ลำดับแรก คือ พฤติกรรมการดื่มกาแฟสำเร็จรูป (Mean=2.30, S.D.=0.992) พฤติกรรมการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Mean=2.40, S.D.=0.778) พฤติกรรมการรับประทานผลไม้แปรรูป (Mean=2.40, S.D.=0.672) พฤติกรรมการรับประทานของหวาน (Mean=2.43, S.D.=0.874) และ พฤติกรรมการรับประทานผลไม้ที่มีความฉ่ำหวาน (Mean=2.55, S.D.=0.876)

ผู้วิจัยสรุปข้อมูลเชิงปริมาณที่ค้นพบที่ยังเป็นปัญหาอยู่ทั้งด้านการรับรู้และพฤติกรรม โดยมีประเด็นหลัก ซึ่งผู้วิจัยจะนำไปสังเคราะห์เป็นรูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญต่อไป ดังนี้

1. ประเด็นการรับประทานยาที่ถูกต้อง
2. ประเด็นค่าน้ำตาลที่เหมาะสม
3. ประเด็นความรุนแรงและโรคแทรกซ้อนถ้าไม่คุมระดับน้ำตาล
4. ประเด็นการควบคุมอาหารที่มีรสหวาน เช่น กาแฟสำเร็จรูป ผลไม้แปรรูป

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาเชิงปริมาณที่ได้สังเคราะห์ร่วมกับ รูปแบบ GROW Model ได้ดังนี้



การสังเคราะห์และวิเคราะห์ขบวนการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การแสดงออกถึงความห่วงใยใส่ใจ เป็นการพูดคุยเพื่อลดความกังวล ได้ถามสารทุกข์สุกดิบ แบบวัฒนธรรมไทยๆ โดยมีคำพูดในการสนทนา ด้วยการ กล่าวทักทายด้วยการใช้ สรรพนามในการเรียก พี่ ป้า น้ำ อา แม่ พ่อ ตามความเหมาะสม ซึ่งเป็นวัฒนธรรมไทยลดช่องว่างเพิ่มความสัมพันธ์แบบระบบเครือญาติ ตามด้วยชื่อ สกุล เพื่อตรวจสอบบุคคล ตามด้วยข้อความถึงความอาทร ห่วงใย ไม่ควรตำหนิผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยไม่เปิดใจที่จะบอกข้อเท็จจริงกับแพทย์ผู้รักษา

ตัวอย่าง

“สวัสดีครับ คุณลุงแดง ลีสดใส ผมหมอซัชชัย เป็นแพทย์ประจำตัวของคุณลุงนะครับ”

2. แจ้งสถานการณ์ของผู้ป่วยให้ทราบ พุดให้เห็นถึงสถานการณ์โรคของตัวผู้ป่วยในปัจจุบัน ควรแจ้งเป็นค่าตัวเลข เปรียบเทียบกับค่าปกติเพื่อให้เห็นความแตกต่าง มากน้อยเพียงใด ค่าน้ำตาลที่คาดหวังควรเป็นเท่าไร

ตัวอย่าง

“คุณลุงครับ ค่าน้ำตาลของคุณลุงยังสูงอยู่นะครับ ของคุณลุง ได้ 9 ค่าปกติไม่ควรเกิน 7 เกินมา 2 ถือว่าเยอะนะครับ

3. ค้นหาสาเหตุร่วมกันกับผู้ป่วย โดยมีประเด็นคำถามหลักๆ ตามแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 2 ประเด็นหลักก่อน คือ 1) การรับประทานยา และ 2) การรับประทานอาหาร

1) คำถามประเด็นเรื่องการรับประทานยา

ตัวอย่าง

“ตอนนี้คุณลุงกินยาถูกต้องและตรงเวลาหรือไม่ครับ” “ไหนตัวนี้กินอย่างไรครับ” “แล้วถ้าเวลาลืมมือนี้คุณลุงทำอะไร” เจ้าหน้าที่ควรแจ้งให้ผู้ป่วยนำยาที่ใช้ติดตัวมาด้วยทุกครั้ง ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องให้แนะนำให้ถูกต้องทันที

2) คำถามประเด็นในการรับประทานอาหาร จากการศึกษาของ สุริยะ นันทสุคนธ์⁵ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสมุทรสงคราม มีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหาร ดังนี้ กาแฟของหรืออินวัน ผลไม้ฉ่ำหวาน เครื่องดื่มปรุงสำเร็จพร้อมเสิร์ฟ เครื่องดื่มชูกำลัง

ตัวอย่าง

“ยังมีอาหารใดที่คิดว่าคุณลุงกินแล้วทำให้น้ำตาลสูง ยกตัวอย่างนะครับ ถ้ามีสิ่งที่ผมพูดมานี้ ถ้าลุงกินต้องดนะครับ กาแฟของหรืออินวัน ชาดำเย็น กาแฟเย็น โอเลี้ยง พวกเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น (บอयीห่อ) น้ำอัดลม ขนมหวาน ผลไม้ที่ฉ่ำๆหวานๆ องุ่น ลำไย ลองกอง สับปะรด” ถ้าพบอาหารที่เป็นสาเหตุให้แนะนำให้ลด

4. ฉายภาพให้เห็น ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยในอนาคตถ้าไม่เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้

เมื่อให้ข้อมูลด้านอาหารจะมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มักจะพูดตอบโต้เป็นกลไกป้องกันตนเองว่า “ให้อดแบบนี้ให้ฉันทายดีกว่า” จำเป็นต้องฉายภาพในอนาคตของผู้ป่วย

ตัวอย่าง

“โรคนี้นั้นไม่ได้ทำให้เสียชีวิตทันที ถ้าคุณลุงน้ำตาลสะสมมากขนาดนี้ ต่อไป ตา ไต จะเริ่มเสื่อมก่อน มองไม่ชัด อาจต้องล้างไต และที่ร้ายกว่านั้น จะป่วยด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และอาจกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือ ต้องลำบากทั้งตัวเองและบุคคลใกล้ชิด ลูกหลาน ครอบครัว”

เมื่อผู้ป่วยเริ่มคล้อยตามและเห็นด้วย รีบกำหนดทางเลือกให้ผู้ป่วยทำทันที

ตัวอย่าง

“เรื่องการรักษาไม่ใช่เรื่องยากสำหรับหมอ แต่ต้องอาศัยการเปลี่ยนพฤติกรรมของคุณลุงด้วย เช่น ลุงยังกินกาแฟของวันละ 3 ซอง ถ้าติดกาแฟเปลี่ยนเป็นกาแฟดำได้ไหม” อาจเริ่มลด หรือ งด และปิดท้ายด้วยพูดเรื่อง การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การสูบบุหรี่ เป็นเรื่องเฉพาะราย ถ้าพบสาเหตุหลักๆ แล้วก็ให้มุ่งแก้ไขสาเหตุนั้นก่อน

5. **ติดตามดูแล** โดยเจ้าหน้าที่จากทีมสหวิชาชีพของ รพ.สต. ติดตามหลังจากการสนทนาแบบมีสาระสำคัญเมื่อครบ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจ ห่วงใย และให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรักษา

ผลการศึกษาเชิงปริมาณหลังจากได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ ครบ 3 เดือน

ตารางที่ 4 แสดงการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรักษาในกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรมรูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ

ประเด็น	Mean	S.D.	แปลผล
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้ามีน้ำตาลสะสมเกินเกณฑ์ที่กำหนด	2.95	0.221	ดี
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่รับประทานยาให้ถูกต้อง	2.98	0.158	ดี
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่ควบคุมอาหารให้เหมาะสม	2.68	0.474	ดี
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถ้าไม่คุมน้ำตาลสะสม	2.98	0.158	ดี
การรับรู้ถึงโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	2.78	0.423	ดี
การรับรู้ถึงภาวะลุกลามด้วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต	2.95	0.221	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	2.98	0.158	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง	2.85	0.362	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารให้เหมาะสม	2.68	0.474	ดี
การรับรู้ถึงความจำเป็นในการมาตามนัดการติดตามรักษา	2.98	0.158	ดี
การรับรู้ว่าการรักษาเป็นเรื่องจำเป็นและต้องมีวินัย	2.68	0.474	ดี
การรับรู้ว่าการคุมอาหารเป็นเรื่องที่ยากแต่ต้องกระทำ	2.85	0.362	ดี
รวม	2.87	0.113	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังรับโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดี (mean=2.87,s.d.=0.113) โดยข้อที่มีคะแนนต่ำสุด 3 ลำดับแรกคือการรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารให้เหมาะสม (mean=2.68, SD=0.474) การรับรู้ว่าการรักษาเป็นเรื่องจำเป็นและต้องมีวินัย (mean=2.68, SD =0.474) การรับรู้ถึงโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (mean=2.78, SD=0.423)

ตารางที่ 5 แสดงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมรูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ

ประเด็น	Mean	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	4.70	0.464	ดี
พฤติกรรมการรับประทานของหวาน	3.98	0.530	ดี
พฤติกรรมการดื่มกาแฟสำเร็จรูป	4.03	0.620	ดี
พฤติกรรมการรับประทานผลไม้แปรรูป	4.35	0.483	ดี
พฤติกรรมการรับประทานผลไม้ที่มีความฉ่ำหวาน	3.65	0.580	ปานกลาง
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน	4.38	0.705	ดี
พฤติกรรมการดื่มสุรา	4.40	0.744	ดี
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	4.38	1.102	ดี

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	3.40	1.057	ปานกลาง
พฤติกรรมการนอน	3.43	1.059	ปานกลาง
รวม	4.07	0.294	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังรับโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (mean=4.07, SD.=0.294) โดยข้อที่มีคะแนนต่ำสุด 3 ลำดับแรกคือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย (mean=3.40, SD =1.057) พฤติกรรมการนอน (mean=3.43, SD =1.059) และพฤติกรรมมารับประทานผลไม้ที่มีความฉ่ำหวาน (mean=3.65, SD =0.580)

ตารางที่ 6 แสดงระดับคะแนนการรับรู้ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสนทนาแบบมีสาระสำคัญในกลุ่มทดลอง

ประเด็น	ก่อน			หลัง		
	Mean	S.D.	แปรผล	Mean	S.D.	แปรผล
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้ามีน้ำตาลสะสมเกินเกณฑ์ที่กำหนด	1.93	0.971	ปานกลาง	2.95	0.221	ดี
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่รับประทานยาให้ถูกต้อง	1.65	1.027	ปานกลาง	2.98	0.158	ดี
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่ควบคุมอาหารให้เหมาะสม	2.03	0.660	ดี	2.68	0.474	ดี
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถ้าไม่คุมน้ำตาลสะสม	2.05	0.932	ดี	2.98	0.158	ดี
การรับรู้ถึงโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	2.40	0.672	ดี	2.78	0.423	ดี
การรับรู้ถึงภาวะลูกกลามเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต	2.10	0.841	ดี	2.95	0.221	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	2.70	0.608	ดี	2.98	0.158	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง	1.95	0.783	ปานกลาง	2.85	0.362	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารให้เหมาะสม	2.43	0.712	ดี	2.68	0.474	ดี
การรับรู้ถึงความจำเป็นในการมาตามนัดการติดตามรักษา	2.88	0.335	ดี	2.98	0.158	ดี
การรับรู้ว่าการรักษาเป็นเรื่องจำเป็นและต้องมีวินัย	2.55	0.504	ดี	2.68	0.474	ดี
การรับรู้ว่าแม้การคุมอาหารเป็นเรื่องที่ยากแต่ต้องกระทำ	2.60	0.632	ดี	2.85	0.362	ดี
รวม	2.27	0.355	ดี	2.87	0.113	ดี

จากตารางที่ 6 กลุ่มทดลองหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ดีขึ้น 0.60 คะแนน

ตารางที่ 7 แสดงระดับคะแนนของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสนทนาแบบมีสาระสำคัญในกลุ่มทดลอง

ประเด็น	ก่อน			หลัง		
	Mean	S.D.	แปรผล	Mean	S.D.	แปรผล
พฤติกรรมมารับประทานยาตามแพทย์สั่ง	2.40	0.778	ปานกลาง	4.70	0.464	ดี
พฤติกรรมมารับประทานของหวาน	2.43	0.874	ปานกลาง	3.98	0.530	ดี
พฤติกรรมการดื่มกาแฟสำเร็จรูป	2.30	0.992	ไม่ดี	4.03	0.620	ดี
พฤติกรรมมารับประทานผลไม้แปรรูป	2.40	0.672	ปานกลาง	4.35	0.483	ดี
พฤติกรรมมารับประทานผลไม้ที่มีความฉ่ำหวาน	2.55	0.876	ปานกลาง	3.65	0.580	ปานกลาง
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน	3.13	0.883	ปานกลาง	4.38	0.705	ดี
พฤติกรรมการดื่มสุรา	4.28	0.933	ดี	4.40	0.744	ดี
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	4.25	1.235	ดี	4.38	1.102	ดี
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.25	1.296	ปานกลาง	3.40	1.057	ปานกลาง
พฤติกรรมการนอน	3.28	1.240	ปานกลาง	3.43	1.059	ปานกลาง
รวม	3.03	0.378	ปานกลาง	4.07	0.294	ดี

จากตารางที่ 7 กลุ่มทดลองหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดีขึ้น 1.04 คะแนน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบระดับการรับรู้ทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสม ฮีโมโกลบินเอวันซีในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ

หัวข้อการเปรียบเทียบ	t	Sig. (2-tailed)	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
1.การรับรู้ทางสุขภาพ	-10.186	0.000	2.27	2.87	0.60	-0.71851	-0.48149
2.พฤติกรรมสุขภาพ	-12.157	0.000	3.03	3.99	0.96	-1.12012	-0.80488
3.น้ำตาลสะสม A1C	6.902	0.000	9.50	7.78	1.72	1.22294	2.22206

จากตารางที่ 6 7 และ 8 พบว่าการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญในกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ทางสุขภาพสูงขึ้น (mean=2.87, SD= 0.113) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.000) ระดับพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น (mean=4.07, SD =0.294) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.000) และระดับน้ำตาลสะสม ฮีโมโกลบิน A1C ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 แสดงระดับการรับรู้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้การสนทนาแบบมีสาระสำคัญ
จำแนกตามอายุประเด็น

ประเด็น	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	Mean	S.D.	แปรผล	Mean	S.D.	แปรผล
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้ามีน้ำตาลสะสมเกินเกณฑ์ที่กำหนด	2.95	0.221	ดี	1.80	0.992	ปานกลาง
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่รับประทานยาให้ถูกต้อง	2.98	0.158	ดี	1.93	0.944	ปานกลาง
การรับรู้ถึงความเสี่ยงถ้าไม่ควบคุมอาหารให้เหมาะสม	2.68	0.474	ดี	2.08	0.572	ดี
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถ้าไม่คุมน้ำตาลสะสม	2.98	0.158	ดี	1.95	0.959	ปานกลาง
การรับรู้ถึงโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	2.78	0.423	ดี	2.28	0.751	ดี
การรับรู้ถึงภาวะลุดรามาเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต	2.95	0.221	ดี	1.95	0.876	ปานกลาง
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	2.98	0.158	ดี	2.68	0.526	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง	2.85	0.362	ดี	2.08	0.797	ดี
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารให้เหมาะสม	2.68	0.474	ดี	2.20	0.823	ดี
การรับรู้ถึงความจำเป็นในการมาตามนัดการติดตามรักษา	2.98	0.158	ดี	2.80	0.464	ดี
การรับรู้ว่าการรักษาเป็นเรื่องจำเป็นและต้องมีวินัย	2.68	0.474	ดี	2.50	0.506	ดี
การรับรู้ว่าแม้การคุมอาหารเป็นเรื่องที่ยากแต่ต้องกระทำ	2.85	0.362	ดี	2.48	0.640	ดี
รวม	2.87	0.113	ดี	2.23	0.325	ดี

จากตารางที่ 9 พบว่าหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.64 คะแนน

ตารางที่ 10 แสดงระดับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้การสนทนาแบบมีสาระสำคัญจำแนกตามอายุประเด็น

ประเด็น	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมกรรรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	4.70	0.464	ดี	2.70	.648	ปานกลาง
พฤติกรรมกรรรับประทานของหวาน	3.98	0.530	ดี	2.33	.888	ต่ำ
พฤติกรรมกรรดื่มกาแฟสำเร็จรูป	3.48	0.554	ปานกลาง	2.23	.891	ต่ำ
พฤติกรรมกรรรับประทานผลไม้แปรรูป	4.10	0.545	ดี	2.15	.700	ต่ำ
พฤติกรรมกรรรับประทานผลไม้ที่มีความฉ่ำหวาน	3.65	0.580	ปานกลาง	2.45	.932	ปานกลาง
พฤติกรรมกรรดื่มเครื่องดื่มรสหวาน	4.38	0.705	ดี	2.83	.958	ดี
พฤติกรรมกรรดื่มสุรา	4.40	0.744	ดี	4.40	.744	ดี
พฤติกรรมกรรสูบบุหรี่	4.38	1.102	ดี	4.30	1.181	ดี
พฤติกรรมกรรออกกำลังกาย	3.40	1.057	ปานกลาง	3.33	1.289	ปานกลาง
พฤติกรรมกรรนอน	3.43	1.059	ปานกลาง	3.35	1.272	ปานกลาง
รวม	3.99	0.328	ดี	3.01	0.468	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่าหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.98 คะแนน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบระดับการรับรู้ทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และระดับ น้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ

หัวข้อการเปรียบเทียบ	t	Sig. (2-tailed)	Mean (กลุ่มทดลอง)	Mean (กลุ่มควบคุม)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
1.การรับรู้ทางสุขภาพ	-11.876	0.000	2.87	2.23	0.65	0.53651	0.75515
2.พฤติกรรมสุขภาพ	12.162	0.000	4.07	3.01	1.06	0.88805	1.23695
3.น้ำตาลสะสม A1C	-6.808	0.000	7.78	9.23	1.46	-1.88502	-1.02998

จากตารางที่ 9 10 และ 11 พบว่าการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ ดังนี้ ระดับการรับรู้ทางสุขภาพกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) และระดับน้ำตาลสะสม ฮีโมโกลบิน A_{1C} ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยสังเคราะห์รูปแบบการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ เป็น 5 องค์ประกอบ 5C สรุปเป็น เป็น 5C Model ดังภาพ



จากภาพ ผู้วิจัยกำหนดรายละเอียด ด้วยการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ โดยกำหนดชื่อรูปแบบการสนทนา 5C ดังนี้

1. CARE แสดงความห่วงใยใส่ใจใช้ทักษะการสื่อสารที่แสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยเห็นว่าเราห่วงใยเขาด้วยใจจริงเพื่อให้เขาคลายความวิตกกังวลและพูดเรื่องจริงกับเราทั้งหมด
2. CASE แจ้งสถานการณ์เฉพาะราย รายงานค่าน้ำตาลเป็นตัวเลขของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างได้อย่างเด่นชัด
3. CAUSE ร่วมกันค้นหาสาเหตุใน 2 ประเด็นหลักๆ คือ รับประทานยาครบถ้วนถูกต้องตามเวลาหรือไม่ โดยให้ผู้ป่วยแจ้งวิธีการรับประทานยาแต่ละประเภท
4. CINARIO ฉายภาพให้ผู้ป่วยเห็นว่าถ้าไม่คุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในค่าที่เหมาะสมเขาเสี่ยงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง จะแก้ไขอย่างไรได้บ้าง และตกลงร่วมกันในการกระทำในอนาคตร่วมกัน

5. CONTROLLING กำกับติดตามแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนที่ตกลงไว้กับแพทย์ โดยเจ้าหน้าที่จากทีมสหวิชาชีพ ของ รพ.สต. นำสภาพปัญหาของแต่ละคนในการติดตาม เมื่อครบ 3 วัน 7 วัน 15 วัน 30 วัน 2 เดือน

หลังรับโปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนต่ำสุด หรือยังเป็นปัญหาที่ต้องติดตามแก้ไข คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารให้เหมาะสม การรับรู้ถึงความมีวินัย การรับรู้ถึงโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนต่ำสุด หรือยังมีพฤติกรรมที่ต้องเฝ้าติดตาม คือ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอน และพฤติกรรมการรับประทานผลไม้ที่มีความฉ่ำหวาน

การเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ ในกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ทางสุขภาพสูงขึ้น ระดับพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และระดับน้ำตาลสะสม ฮีโมโกลบิน A1C ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาแบบมีสาระสำคัญ ดังนี้ ระดับการรับรู้ทางสุขภาพกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับน้ำตาลสะสม ฮีโมโกลบิน A1C ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลวิจัยชี้ให้เห็นถึงการสนทนาแบบมีสาระสำคัญของแพทย์ในห้องตรวจมีผลต่อการรับรู้ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพราะแพทย์เจ้าของไข้ส่วนใหญ่จะได้รับความไว้วางใจและเชื่อมั่นของผู้ป่วยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อผู้ป่วยได้มีโอกาสสนทนาเกี่ยวกับตัวเขามากขึ้นจะคลายข้อกังวลและรับรู้ในสิ่งที่มีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยเองและยินดีให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้นถ้าแพทย์เพิ่มเวลาในการสนทนากับผู้ป่วยอีกเล็กน้อยให้ตรงประเด็นสำคัญก็จะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยเต็มประสิทธิภาพมากขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและตรงสภาพปัญหารายบุคคลที่มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากมีผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเป็นจำนวนมาก อาจทำแพทย์และพยาบาลไม่มีเวลามากพอในการสื่อสารผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ในทุกมิติและครอบคลุมผู้ป่วยทุกคนได้ ควรมีการกระจายผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและคุมระดับน้ำตาลได้ โดยแบ่งประเภทเป็น ผู้ป่วยเกรด A B และ C โดยส่งกลุ่ม A ไปรักษาต่อในระดับปฐมภูมิหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติให้บริการ และส่งผู้ป่วยเกรด B ให้กับ NPCU ซึ่งมีแพทย์ลงให้บริการในบางวันเพื่อยืดระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยให้นานขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยยังไม่ได้ศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการคุมระดับน้ำตาล นักวิชาการสามารถศึกษาตัวแปรอื่นๆ ได้ เช่น ลักษณะของการประกอบอาชีพ ลักษณะความเป็นอยู่ความสัมพันธ์กับบุคคลในครัวเรือน ความสามารถในการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ตัณห์มวลกาย การมีโรคแทรกซ้อน ระดับความรู้ ระดับความเชื่อทัศนคติ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัย

สนับสนุนจากครอบครัวและสังคม พฤติกรรมการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ และ
อาจารย์ถึงปัจจัยด้านสุขภาพในช่องปากเพราะผู้สูงอายุมักเลือกทานอาหารที่มีลักษณะนิ่ม และอาหาร
ประเภทดังกล่าวมักมีส่วนผสมเป็นน้ำตาลอยู่ในปริมาณมาก

ประโยชน์ที่ได้รับ

นำรูปแบบที่ได้จากการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสนทนากับผู้ป่วยเพื่อมี
พฤติกรรมที่เหมาะสมกับสภาพโรคของผู้ป่วยเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นลดความเสี่ยงต่อ
การเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ

บรรณานุกรม

1. World Health Organization [WHO]. *Global report on diabetes*. Geneva.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> 2020.
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเกา. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์ 2564.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม 2565 รายงานตามตัวชี้วัด NCD Clinic Plus ปี 2565 (HDC) เข้าถึงจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/2565>.
4. Delamater, A.M. Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes* 2006; 24: 71-77.
5. สุริยะ นันทสุนทร. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อค่าน้ำตาลสะสม ฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษาคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. อินทราเน็ตโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า, จังหวัดสมุทรสงคราม 2566.
6. ประสพชัย พสุนนท์ และ พิทักษ์ ศิริวงศ์. ประสิทธิภาพและกัญญาแห่งความสำเร็จในการดำเนินการสหกรณ์การเกษตร: การศึกษาเพื่อสร้างทฤษฎีฐานราก. *Veridian E-Journal* 2556; 6(1): 610-628.
7. พิทักษ์ ศิริวงศ์. ทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) วิจัยวิทยการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีในการพัฒนาประเทศ. *บรรณสาร มศก.ท.* 2547; 19 (1): 13-21.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ. *ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย* 2549.
9. Matthias R. Mehl, Simine Vazire, Shannon E. Holleran, and C. Shelby Clark
Eavesdropping on Happiness: Well-Being Is Related to Having Less Small Talk and More Substantive Conversations. *Psychological Science* 2010; 21(4): 539-541.
11. Whitmore, J. *Coaching for Performance: Growing Human Potential and Purpose The Principles and Practice of Coaching and Leadership* (4 th ed.). London: Nicholas Brealey Publishing 2009.
12. ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. *พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์ 2556.
13. Rosenstock, I.M. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs* 1974; 2(4): 328-335.
14. Elling, R., Whittemore, R., & Green, M. Patient participation in pediatric Program *Journal of Health and Human Behavior* 1960; 1: 183-191.
15. Becker, M. H. and Maiman, L. A. The Health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography* 1975; 2(Winter): 336-385.
16. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30 (3): 607-610.

17. Likert, R. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son 1967; 90-95.
18. Best, John W. Research in education. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall 1977.