

# การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาชอยสวนเงิน

รุ่งทิwa เสาวนีย์\* พย.บ.

พัชระกรพจน์ ศรีประสาร\*\* พย.บ.

พัทลลลมา ภัทรธีรานนท์\*\* พย.บ.

นลลภาวรรณ ศรีโยหะ\*\* พย.ม (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

## บทคัดย่อ :

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเขตเมืองแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และศึกษาปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชอยสวนเงิน อายุ 35 ปีขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ใช้การจัดการรายกรณีและระยะที่ 2 ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพของแนวคิดกรณีศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติการทดลองแบบจับคู่หรือสถิติการทดสอบของวิลค็อกชันในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีในระยะที่ 1 และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของแนวคิดกรณีศึกษาในระยะที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ดัชนีมวลกาย รอบเอวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายต้องการใช้การจัดการรายกรณีในการแก้ไขปัญหาและลดอุปสรรค ผลการวิจัยหลังสิ้นสุดระยะที่ 2 พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง จะเห็นว่าการจัดการรายกรณีในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานได้ พยาบาลชุมชนจึงควรประยุกต์ใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

**คำสำคัญ :** การจัดการรายกรณี ผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

\*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลสนับสนุนการรักษา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: lalabelle145@gmail.com

\*\*พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลสนับสนุนการรักษา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ  
มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 21 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 10 ตุลาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 18 ตุลาคม 2565

# Development of Case Management for Persons with Type 2 Prediabetes in an Urban Community, Bangkok Metropolitan: A Case Study of Suan-ngoeng Community

Rungtiwa Saowanee\* B.N.S.

Phatcharakoraphot Sreeprasarn\*\* B.N.S.

Patsima Pattarateeranon\*\* B.N.S.

Nipawan Sriyoha\*\* M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)

## Abstract:

This action research aimed to examine the effect of case management for persons with type 2 prediabetes in the Suan-ngoeng community and to explore problems, barriers, problem-solving, and needs for behavior modification of persons with prediabetes who did not achieve the goal. The sample was persons living in an urban community in Bangkok Metropolitan, aged 35 years and over, with diabetes risk factors. The sample was recruited with purposive sampling to obtain 30 cases. The research was conducted in two phases: Phase 1: using case management, and Phase 2: using a qualitative case study approach among those that did not achieve the goal. The data were analyzed using descriptive statistics, paired-sample t-test and Wilcoxon-signed rank test to compare the diabetes knowledge scores, health behavior scores, capillary fasting blood glucose values, body mass index, and waist circumferences before and after receiving case management in Phase 1. The qualitative analysis of the case study approach was used in Phase 2. The results showed that at the posttest, the sample had higher mean diabetic knowledge scores, and health behaviors were significantly higher than those at the pretest. Clinical outcomes, including capillary fasting blood glucose, body mass index, and waist circumference, at the posttest were significantly lower than those at the pretest. The participants, who did not achieve the goal, needed to use a case management program to solve the problems and minimize the barriers. The results after Phase 2 showed that health behaviors scores changed from moderate to high levels. Thus, case management for people with type 2 prediabetes in an urban community helps reduce the risk of diabetes mellitus. Therefore, community nurses should apply case management programs for persons with chronic diseases and at risk for non-communicable diseases to improve health status and delay possible complications.

**Keywords :** Case management, Clinical outcomes, Health behavior, Type 2 prediabetes

---

\*Corresponding author, Register Nurse, Supporting Nursing Division, Nursing Department Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: lalabelle145@gmail.com

\*\*Register Nurse, Supporting Nursing Division, Nursing Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University  
Received January 21, 2022, Revised October 10, 2022, Accepted October 18, 2022

## การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาซอยสวนเงิน

### ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCDs) ชนิดหนึ่งที่พบผู้ป่วยจำนวนมากและมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะสูญเสียการมองเห็น การรับรู้ของประสาทส่วนปลายเสื่อม และการเกิดแผลที่เท้า<sup>1</sup> จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.70 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 8.50 ในปี พ.ศ. 2557 และคาดว่าจะมีแนวโน้มจะสูงขึ้น ส่งผลให้โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 7 สาเหตุการตายของประชากรโลก<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานเพิ่มเติมอีกว่า ในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนาพบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมากถึง 1.60 ล้านคน<sup>2</sup> สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.90 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.50 ในปี พ.ศ. 2563<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังพบรายงานจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2561 และ ปี พ.ศ. 2562 ในอัตรา 21.87 เป็น 25.30 ต่อประชากรแสนคน<sup>4</sup>

สำหรับรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพชุมชนซอยสวนเงิน<sup>5</sup> ในปี พ.ศ. 2561 มีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 35 คน ร้อยละ 16.70 ภาวะอ้วนจำนวน 64 คน ร้อยละ 30.90 จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนมากถึง 1.32 ล้านดอลล่าร์สหรัฐ และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น

2.12 ล้านดอลล่าร์สหรัฐ ในปี พ.ศ. 2573<sup>6</sup> จึงนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงมาก สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิหลัก ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล 6,442.26 บาทต่อคนต่อปี<sup>7</sup>

ถึงแม้ว่าสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกและในประเทศไทยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่จากรายงานการศึกษาทั่วโลกกลับมีแนวคิดที่ตรงกันโดยพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันและชะลอการเกิดโรคได้หากได้รับการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงอย่างรวดเร็วและเหมาะสม แม้ความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ พันธุกรรม เชื้อชาติ การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อายุที่มากขึ้น การมีน้ำหนักตัวเกิน (โรคอ้วน) การเข้ายาบางชนิด รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและไขมันสูง การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย หรือมีภาวะเครียดเรื้อรัง<sup>8,9</sup> สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้แนะนำให้มีการคัดกรองเบาหวานในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน (ระดับดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> และ/หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐานโดยเพศชายเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร เพศหญิงเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตร) มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีกลุ่มอาการง่วงในรังไข่ มีระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติหรือได้รับยาลดไขมันในเลือด มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม เคยได้รับการตรวจพบว่ามีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (impaired glucose tolerance: IGT) หรือ impaired fasting glucose (IFG) ซึ่งมีค่าระดับน้ำตาล 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร<sup>8</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขล้วนมีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้<sup>10</sup>

ศูนย์สุขภาพชุมชนชวยสวนเงิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีภารกิจหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของศึกษาในหลายหลักสูตร ได้แก่ ปริญญาตรี การพยาบาลเฉพาะทาง ปริญญาโท และปริญญาเอก ของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์และจากสถาบันอื่น ๆ ซึ่งได้มีการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่หลากหลายเป็นประจำแต่ยังขาดความจำเพาะสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และจากการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีในชุมชนพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่เพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชนจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีหรือแนวทางการป้องกันหรือลดโอกาสการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในชุมชน โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) และมุ่งเน้นกระบวนการทำงานที่อาศัยความร่วมมือในการประเมินการวางแผน การประสานงาน เพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดการพิทักษ์สิทธิ โดยมีการประเมินบริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการผ่านการจัดการทรัพยากรเพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>11</sup> เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ละรายมีปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และความต้องการที่แตกต่างกัน ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า มีการนำมาประยุกต์ใช้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>12,13</sup> และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>14</sup> โดยใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5A (5 As behavior change model adapted for self-management support)<sup>15-17</sup>

## วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ศึกษาผลของการจัดการรายกรณี ได้แก่ ความรู้พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ตัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนชวยสวนเงิน
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

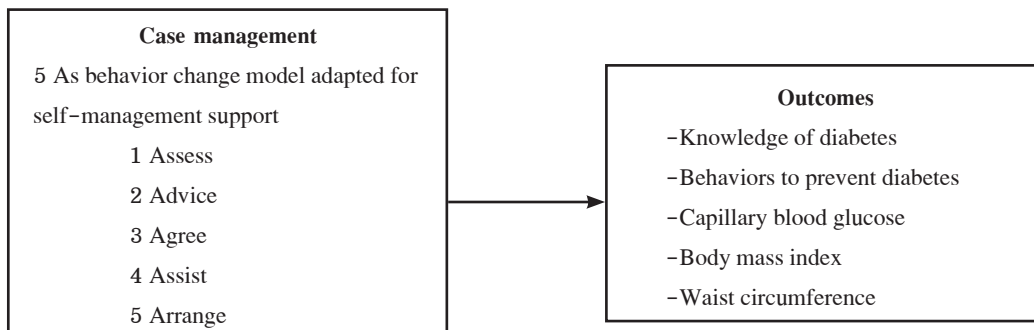
## สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมการวิจัย
2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงหลังเข้าร่วมการวิจัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยในระยะก่อนการวิจัยได้จัดให้มีการประชุมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบมีส่วนร่วม มีการเสนอแนวคิดการดูแลสุขภาพ กระบวนการดูแลสุขภาพ จนได้ข้อสรุปร่วมกันและกำหนดเป็นกระบวนการของงานวิจัยที่มีแนวคิดหลักคือ การจัดการรายกรณี ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการแบ่งงานกระบวนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-4 ออกแบบกระบวนการสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกสาย ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 5-10 ออกแบบกระบวนการสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นผลลัพธ์ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

**การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2  
ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาชอยสวนเงิน**



**Figure 1:** Conceptual framework of the study

**วิธีดำเนินงานวิจัย**

**ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนสวนเงิน แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานตั้งแต่หนึ่งข้อขึ้นไป ดังนี้ ระดับชั่งน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> และ/หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐาน โดยเพศชาย เท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร เพศหญิงเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตร มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง มีกลุ่มอาการง่วงน้ำในรังไข่ มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม และตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วมีค่าเท่ากับ 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร<sup>๑</sup> สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1.9.4 คำนวณโดยเลือกสถิติ paired t-test (2 tails) กำหนดขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ (large effect size) ของโคเฮน<sup>18</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 ราย

**เครื่องมือวิจัย**

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบฟอร์มคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560 โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย<sup>๑</sup> ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ มีจำนวน 9 ข้อ การแปลผลหากมีปัจจัยเสี่ยงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งขึ้นไปให้ส่งคัดกรองเบาหวานตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย<sup>๑</sup>

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่บ้าน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูง รอบเอว ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย

2.2 เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว สายวัดรอบเอว มีการตรวจสอบมาตรฐานก่อนใช้งานและใช้เครื่องเดิมตลอด ในการติดตามแต่ละสัปดาห์และตลอดการวิจัย

2.3 แบบประเมินความรู้โรคเบาหวาน การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์จากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพัฒนาโดยสมใจ จางวางและคณะ<sup>19</sup> พัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือด้วยวาจาและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยดัดแปลงโดยตัดส่วนที่เป็นความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและการรับรู้ในส่วนของสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ออก แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้โรคเบาหวาน มีจำนวน 9 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย การบริโภคอาหาร และการปฏิบัติตัว ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด เป็นข้อคำถามมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย การแปลผลคะแนน ข้อคำถามเชิงบวกกำหนดให้คะแนน จาก 3 ไป 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน จาก 1 ไป 3 คะแนนตามลำดับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ มีจำนวน 34 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด เป็นข้อคำถามมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย การแปลผลคะแนน ข้อคำถามเชิงบวกกำหนดให้คะแนน จาก 3 ไป 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนจาก 1 ไป 3 คะแนนตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ มี

จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด เป็นข้อคำถามมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลคะแนน ข้อคำถามเชิงบวกกำหนดให้คะแนน จาก 3 ไป 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนจาก 1 ไป 3 คะแนนตามลำดับ

เกณฑ์แบ่งระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีการแปลผลดังนี้ ระดับสูง คะแนน 0.67-1.00 ระดับปานกลาง 0.34-0.66 และระดับต่ำ คะแนน 0.00-0.33

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้โรคเบาหวาน การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้ดัดแปลงมาตรวจหาความเที่ยงและความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และได้นำไปทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .84 และนำไปเก็บข้อมูลจริงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .85

2.4 แบบประเมินครอบครัว เป็นแบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว ประยุกต์มาจากสมิธสันไดน์ และคณะ<sup>26</sup> ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวรรณ ประสารอริคม ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ใช้ในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วน 3 ระดับ คือ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่ได้เลย โดยกำหนดคะแนนจาก 2-0 ตามลำดับ คะแนนรวม 10 คะแนน ผลการประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัวไม่มีดี 0-3 คะแนน การสนับสนุนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง 4-6 คะแนน และการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับดี 7-10 คะแนน แบบประเมินมีความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .80<sup>20</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .82

## การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาชอยสวนเงิน

2.5 แบบประเมินความเครียด เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนามาจากแบบสอบถามความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยอรรณพ ศิลปกิจ<sup>22</sup> เป็นแบบวัดความเครียดจำนวน 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ < 4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มี ความเครียด 0-4 คะแนน สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด 5-7 คะแนน และน่าจะป่วยด้วยความเครียด  $\geq 8$  คะแนน แบบประเมินมีความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .80<sup>21,22</sup> ในการศึกษานี้ได้เท่ากับ .85

### การพิทักษ์สิทธิในงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. MURA2020/1416 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการบอกกล่าวที่มาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด การเก็บข้อมูลเป็นความลับ สามารถปฏิเสธเข้าร่วมหรือขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทันที นำเสนอการศึกษาในภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่ต้องการคัดกรองโรคเบาหวานมาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนชอยสวนเงิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดีเพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. ชี้แจงประเด็นทางด้านจริยธรรมของงานวิจัยในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

#### ระยะดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมีการแบ่งงานกระบวนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-4 และสัปดาห์ที่ 5-10 ดังนี้

#### ระยะที่ 1

สัปดาห์ที่ 1 เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วขณะอดอาหาร 6-8 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินก่อนให้ความรู้ (pre-test) ได้แก่ แบบประเมินความรู้โรคเบาหวาน แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกัน ให้กำลังใจในการดูแลตนเอง ให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นติดตามประเมินผลโดยการวางแผนและนัดหมายเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 2-3 เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในประเด็นที่ยังมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกัน ให้กำลังใจในการดูแลตนเอง ให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นติดตามประเมินผลโดยการวางแผนและนัดหมายเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 4 เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว หลังจากนั้นทบทวนความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวานและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในประเด็นที่ยังมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ ทำแบบประเมินหลังให้ความรู้ (post-test) ได้แก่ แบบประเมินความรู้โรคเบาหวาน แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว สำหรับผู้ที่บรรลุเป้าหมายการดูแลตนเอง ผู้วิจัยกล่าวให้กำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และแจ้งให้ทราบว่า การดำเนินการวิจัยได้เสร็จสิ้นลงพร้อมกับนัดหมายเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับผู้ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยจะนัดหมายในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อเข้าสู่การวิจัยระยะที่ 2

#### ระยะที่ 2

สัปดาห์ที่ 5 ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนซอยสวนเงิน ด้วยระเบียบวิธีเชิงคุณภาพของแนวคิดกรณีศึกษา (case study approach)<sup>23</sup> เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธี การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการรวบรวมข้อมูลเอกสารโดยการจดบันทึกและบันทึกเสียงและสรุปการวิเคราะห์เนื้อหา ก่อนจะสรุปเป็นผลการวิจัยและองค์ความรู้

สัปดาห์ที่ 6-10 เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว หลังจากนั้นทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในประเด็นที่ยังมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจโดยจะเน้นที่การแก้ไขปัญหา อุปสรรคเฉพาะรายบุคคลมากขึ้น ร่วมกับการสร้างความรับรู้ต่อแบบแผนความเชื่อ สุขภาพ การให้คำปรึกษาครอบครัว และการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ทำการประเมินภาวะสุขภาพ เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว และทำแบบประเมินหลังให้ความรู้ (post-test) ได้แก่ แบบประเมินความรู้โรค

เบาหวาน แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัวซ้ำหลังจบวิจัยในระยะที่ 2

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 18 (licensed Mahidol University) ประกอบด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระกัน โดยการเปรียบเทียบก่อน-หลัง ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวาน ด้วยสถิติการทดลองแบบจับคู่ (paired t-test) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยคะแนนรอบเอวโดยใช้สถิติแบบไม่อิงพารามิเตอร์ (non parametric) ด้วยสถิติการทดสอบลำดับที่โดยเครื่องหมายของวิลค็อกซัน (Wilcoxon signed ranks test)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และความต้องการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย สรุปการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยการอ่าน การสร้างความรู้หรือทฤษฎีโดยการกำหนดรหัส การสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ผ่านการระบุรหัส การบูรณาการกลุ่มข้อมูลให้เกิดเป็นโครงสร้างทางภาษา และการสรุปผลการวิจัยเป็นความรู้หรือข้อสรุปเชิงทฤษฎีโดยการอธิบายสาระสำคัญของปรากฏการณ์ที่ได้จากวิจัยและยืนยันข้อค้นพบด้วยการตรวจสอบความเชื่อถือก่อนนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป<sup>24</sup>

**การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2  
ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาซอยสวนเงิน**

**ผลการวิจัย**

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.77 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 43.33 มีอายุเฉลี่ย 57 ปี (SD = 9.68) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 35-73 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจ ส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 46.67 รายได้เพียงพอ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 46.67 รายได้เพียงพอ กับรายจ่าย ร้อยละ 56.67 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 63.33

**ผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี**

ผลการวิจัยระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-4) พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวานสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วลดลงน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลงน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1)

**Table 1** Means and standard deviations of diabetes knowledge, health behavior, capillary fasting blood glucose, body mass index, and waist circumference at week 1 and week 4 (N = 30)

Outcomes	Week 1		Week 4		Test statistics	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
Knowledge of diabetes	23.47	2.87	24.40	2.01	t = 2.19	.037 <sup>a</sup>
Health behavior	57.10	5.43	60.67	7.14	Z = 3.24	.001 <sup>b</sup>
Capillary fasting blood glucose	108.73	7.64	105.10	12.60	Z = 2.26	.024 <sup>b</sup>
Body mass index	24.63	4.24	24.41	4.28	Z = 2.98	.003 <sup>b</sup>
Waist circumference	84.44	11.48	83.11	10.97	Z = 2.56	.011 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Paired t-test <sup>b</sup>Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัยระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5-10) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงในสัปดาห์ที่ 10 ซึ่งสูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ที่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยรอบเอวในสัปดาห์ที่ 10 ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

รุ่งทิwa เสาวนีย์ และคณะ

**Table 2** Means and standard deviations of health behavior, capillary fasting blood glucose, body mass index, and waist circumference at weeks 1, 4, and 10 of the unmet goal type 2 diabetes risk group (n = 3)

Outcomes	Week 1		Week 4		Week 10	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Health behavior	55.33 <sup>a</sup>	6.66	57.33 <sup>a</sup>	7.64	72.33 <sup>b</sup>	3.51
Capillary fasting blood glucose	112	11.34	117.67	14.22	107.00	5.67
Body mass index	25.76	2.25	26.30	3.02	25.49	2.38
Waist circumference	87.89	5.53	87.00	6.54	83.50	5.77

<sup>a</sup>Moderate level <sup>b</sup>High level

ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการจัดการตนเอง

ภายหลังการประยุกต์ใช้การจัดการรายกรณีพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่สามารถจัดการตนเองได้สามารถสรุปปัญหาและความต้องการในการจัดการตนเองได้ดังนี้

1. การรับประทานอาหารพบว่า มีการรับประทานอาหารรสหวานลดลง เนื่องจากร้านค้าที่ขายขนมหวานในชุมชนปิดชั่วคราวจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตัวอย่างคำพูด

“แต่ช่วงนี้ไม่ค่อยได้กินของหวานเลยนะ เพราะไม่มีขนมหวานมาขาย แล้วร้านขายขนมเค้กก็ปิดกันหมดไป... ขนมหวานก็ไม่มีขายนะร้านเค้กก็ปิดกันหมดหาซื้อกินลำบาก...” (P3)

2. กิจกรรมทางกาย พบว่า มีการออกกำลังกายลดลง เนื่องจากไม่มีสถานที่ออกกำลังกายจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตัวอย่างคำพูด

“ออกกำลังกายไม่ค่อยได้ออก เพราะเนี่ยแหละมันติดโควิด อีกอย่างที่มีคนตรงนั้นมันก็ปิดด้วย...” (P2)

3. การจัดการอารมณ์และสุขภาพจิต พบว่า เกิดภาวะความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตัวอย่างคำพูด

“เราเครียดอะไรไม่รู้มั้ง เราก็คือเครียดเรื่องไม่มีลูกค้าเจียบ แต่ว่าภาระรายจ่ายเรานั้นคงที่แต่ลูกค้ามันไม่มีอะมันเจียบจริง ๆ แล้วเดี๋ยวเราได้ข่าวว่าลูกค้าเราเป็นนี่ไม่เครียดได้ไง เราเป็นโควิดเปล่านะ ....กลัวเราเป็นจะไปอยู่ยังโงะ หลาย ๆ อย่าง เป็นห่วง XXX ” (P3)

4. ความต้องการของกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่บรรลุปเป้าหมาย พบว่า มีความต้องการให้ดำเนินการหรือจัดกิจกรรมโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี มีการประเมินภาวะสุขภาพทุกครั้งจนจบการวิจัย ตัวอย่างคำพูด

“ปากก็ว่ามาคุยอย่างนี้ดีกว่า... บางครั้งเวลาเรามีปัญหา ก็อยากปรึกษาพยาบาล เวลาเจอหน้ากันทุกครั้งจะได้ปรึกษาดีกว่าทางโทรศัพท์...เอาเป็นรายคน..ถ้ารวมกันเดี๋ยวคนนี่ตั้งเวลากันอย่างนี้” (P3)

“แบบตัวต่อตัวก็ได้เพราะบางคนเขาไม่ว่างไม่มันว่างไม่พร้อมกัน...บางคนเขาไม่ว่างไม่ตรงกันอย่างนี้มันไม่เหมือนกัน ถ้าเรานัดแล้วโอเคเราต้องรู้ว่าเราว่างตอนไหนอะไรอย่างเนี่ย” (P1)

“เราจะได้ว่าระดับน้ำตาลเราขึ้นหรือลง เพราะบางที่ช่วงนี้มันอาจจะขึ้นเพราะว่า ติดโควิดอยู่แต่บ้านกินกับนอนประมาณนี้... ถ้ามาหาอย่างนี้จะได้ว่าน้ำตาลในเลือดเรา” (P2)

## การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาชอยสวนเงิน

### อภิปรายผล

การจัดการรายกรณีในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนชอยสวนเงิน พบว่าหลังจากสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำแนะนำ การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกัน การให้ความช่วยเหลือในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้คำปรึกษา และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีพบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง<sup>16</sup> และการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม มีสมรรถนะการจัดการตนเอง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>17</sup> สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย พบว่าในสัปดาห์ที่ 10 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลง

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย พบว่าพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับประทานอาหารรสหวานลดลง การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกาย มีพฤติกรรมการออกกำลังกายลดลง ไม่มีสถานที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลง

การจัดการอารมณ์และสุขภาพจิต เกิดภาวะความเครียด และมีความต้องการให้ดำเนินการหรือจัดกิจกรรมโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีรวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพทุกครั้งจนจบการวิจัย จะเห็นว่าแรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การค้นหาปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และความต้องการ โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ การสนับสนุนทางจิตใจ และการให้คำปรึกษา ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น<sup>19,25</sup> ทั้งนี้การจัดการกิจกรรมกลุ่มอาจไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากชุมชนชอยสวนเงินเป็นชุมชนเมือง มีเวลาว่างไม่ตรงกัน มีภาระและหน้าที่ต้องรับผิดชอบ และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายทุกราย มีอาชีพค้าขาย ทำให้จัดสรรเวลาทำกิจกรรมกลุ่มได้ลำบากมากกว่าอาชีพอื่น

จะเห็นว่าการนำแนวคิดและการดำเนินงานการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนชอยสวนเงิน นำมาซึ่งผลลัพธ์การจัดการด้านสุขภาพที่บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้การดำเนินงานการจัดการรายกรณีในกลุ่มประชากรของชุมชนซึ่งมีความหลากหลาย ชับซ้อน บริบทเชิงสังคมที่แตกต่างกัน จะช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การบริการด้านสุขภาพที่เป็นองค์รวม มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประสานการดูแลระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพด้วยกันเอง หรือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้รับบริการ ซึ่งจะมีการจัดทำแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม ตามบทบาทหน้าที่บนพื้นฐานองค์ความรู้เชิงวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ เน้นการมีส่วนร่วม ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน

## รุ่งทิwa เสาวนีย์ และคณะ

ชุมชนควรมีแนวคิดและการดำเนินงานการจัดการรายกรณีไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

### ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่มีสุขภาพควรใช้การจัดการรายกรณีและการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

2. บุคลากรควรมีแนวคิดการจัดการรายกรณีไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยทุนวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2564

### เอกสารอ้างอิง

1. Association AD. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes care. 2017;40(0149-5992):1-135.
2. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. 2016[cited 2019 July 15]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf)
3. Eakpharakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Report of 6<sup>th</sup> Thai health survey by physical examination 2019-2020.1<sup>st</sup>ed. Nonthaburi:Augsorn Graphic and Design; 2021. (in Thai)

4. Division of Non-Communicable Diseases. Number and morbidity/death rate in 2016-2019 [Internet]. 2019[cited 2022 Jun 27]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
5. Community Health Promotion Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. List of survey results 8 Phayathai community. n.p.; 2019. (in Thai)
6. Bommer C, Sagalova V, Heeseemann E, Manne-Goehler J, Atun R, Barnighausen T, et al. Global economic burden of diabetes in adults: projections from 2015 to 2030. Diabetes Care. 2018;41(5):963-70.
7. Choochote K, Upakdee N. Expenditure of diabetes mellitus according to classification systems for outpatient payment at Bangbuathong hospital. Journal of Health Systems Research. 2018;12(4):645-56. (in Thai)
8. DM Thai, Thai endocrine and DMS. Guideline diabetes care 2017. [Internet]. 2017[cited 2019 Jul 25]. Available from: <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/healthcare-providers/cpg/443-guideline-diabetes-care-2017> (in Thai)
9. Raman PG. Environmental factors in causation of diabetes mellitus. In: Larramendy M, Soloneski S. editors. Environmental health risk hazardous factors to living species [Internet]. Croatia: IntechOpen; 2016.p.230-245. [cited 2019 July 15]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/50298>
10. Suphunnakul P, Charonesrimaung S, Singhadej O, Songthap A, Junsukon E. Factors predicting preventive behaviors of type 2 pre-diabetes in Mueang District, Phitsanulok Province, Thailand. Journal of Public Health and Development. 2018;16(3):55-66. (in Thai)
11. Case Manager Society of America. Definition of case management. [Internet]. 2021 [cited 2022 March 18]. Available from: <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>
12. Potirud T, Pranfan S, Songkror K. Effects of the self-management supporting program on self-management behaviors and HbA1c level among persons with type 2 diabetes mellitus at Chiang Klang Hospital, Nan Province. Thai Journal of Nursing. 2020;69(2):11-20. (in Thai)

**การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2  
ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาชอยสวนเงิน**

13. Van Puffelen AL, Rijken M, Heijmans M, Nijpels G, Schellevis FG, Diacourse study group. Effectiveness of a self-management support program for type 2 diabetes patients in the first years of illness: results from a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2019;14(6): 0218242.
14. Chumchiang P. The effects of self-management support program on health behaviors and body mass index in people with pre-diabetes. *Journal of Nursing, Public Health and Education*. 2018;19(1):108-19. (in Thai)
15. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promot Int*. 2006;21(3):245-55.
16. Namwong T, Klinchart R, Ratchavichai S. The effects of self-management supporting program on self-management behaviors in insulin injection among type 2 diabetic patients. *Journal of Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi* .2018;29(2):186-96. (in Thai)
17. Namwong T, Klinchart R, Ratchavichai S, Khapol P and Thongpakdee N. Development of promoting self-management model among uncontrolled diabetic patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2019; 29(3):179-93. (in Thai)
18. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988: 281-406.
19. Changwang S, Phitayaphinan T and Chutipathana N. Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2016; 3(1): 197-202.
20. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*. 1982;15(2):303-11.
21. Department of Mental Health. *Guidelines for the use of mental health tools for health personnel in community hospitals* 2015. 2nd ed. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Community of Thailand Printing; 2015. (in Thai)
22. Silpakit O. Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2008;16(3):177-85. (in Thai)
23. Flyvbjerg B. Case study. In N. K. Denzin and Y. S. Lincoln (eds.). *The Sage hand-book of qualitative research*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011. p.301-16.
24. Crowe S, Cresswell K, Robertson A, Huby G, Avery A, Sheikh A. The case study approach. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11(100):1-9.
25. Konyanee S and Tassana-iem S. The Effect of the application of food, exercise, emotion, non-smoking, alcohol cessation and social support to reduce the risk of diabetes and hypertension among new risk groups. *Ratchaphruek Journal*. 2019;17(2):95-104. (in Thai)