

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

สุธิดา หล้าเลิศ, พย.ม.¹, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, พร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมัญจาคีรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566 โดย สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางของ DEMETHOD ใน กลุ่มทดลองจนครบ 31 คน หลังจากนั้นดำเนินการในกลุ่มควบคุมโดยใช้โปรแกรมการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระบบปกติ จำนวน 31 คน รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถสร้างเสริมการเรียนรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ผล ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างการเรียนรู้และการสร้างพลังอำนาจ,ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น, Email: sutidanaruk.2525@gmail.com

² อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Email: Sukhontip@scphub.ac.th

The Effect of Discharge Planning Program For Type 2 Diabetic Patients at Ward In Manchakhiri Hospital, Khon Kaen Province

Sutida Lalert, *M.N.S.*¹, Sukhontip Arunkamonphat, *Ph.D.*²

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a discharge planning program for patients with type 2 diabetes admitted to Manchakiri Hospital in Khon Kaen Province, comparing the intervention group and the control group, each consisting of 31 participants. The sample consisted of type 2 diabetes patients discharged from Manchakiri Hospital between July 2023 and September 2023. The participants were randomly selected, with the intervention group receiving a discharge planning program developed by the researcher based on DEMETHOD guidelines, until reaching 31 participants. Subsequently, the control group underwent standard discharge planning procedures with 31 participants over 12 weeks. Data were collected through questionnaires at two-time points: pre- and post-intervention. Descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, and medians, were used for analysis. The difference in mean scores between the groups was compared using an independent t-test, with statistical significance set at 0.05.

The findings revealed that the mean differences in knowledge, attitudes, perceived severity, perceived self-efficacy, and self-care behaviors related to blood sugar control among patients with type 2 diabetes were significantly higher in the intervention group than in the control group at a significance level of 0.05. Additionally, glycated hemoglobin (HbA1c) levels and blood pressure in the intervention group decreased significantly more than those in the control group, also at a significance level of 0.05. These results suggest that the discharge planning program developed by the researcher successfully enhanced awareness and empowered type 2 diabetes patients to better manage their blood sugar levels, achieving the objectives outlined in the study.

KEYWORDS: Effectiveness of Program self-awareness and empowerment, Uncontrolled DM type 2

¹ Registered Nurse, Professional level, Manchakhiri Hospital, Khon Kaen Province; Email: sutidanaruk.2525@gmail.com

² Lecturer, Sirindhorn of Public Health College Ubon Ratchatani; Email: Sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (The International Diabetes Federation) รายงานว่า ในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 463 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน (American diabetes association (ADA) , 2020) พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1 ราย ทุก 5 วินาที (International diabetes federation (IDF), 2020) ข้อมูลจากภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2560 รายงานว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 4.4 ล้านคน ซึ่งมีมากเป็นอันดับที่ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2563) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้นกลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติจำนวนคนเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวมซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับสถานการณ์โลก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่าอัตราป่วยของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2559 – 2561 คิดเป็น 1292.79, 1444.75 และ 1439.44 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน และพบว่าเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในการป้องกันและรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ในปี 2565 โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ 3,733 ราย (Health data center [HDC], 2566) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 1 ใน 5 โรคแรกที่รับไว้ในหอผู้ป่วยและยังเป็น กลุ่มโรคที่สำคัญในพื้นที่ (Key clinical population) (ข้อมูลเวชระเบียนสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี , 2565) ซึ่งมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการ และหนึ่งในปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ามารักษาที่โรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ได้มีการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดไม่ได้ 230 , 218, 270 รายตามลำดับ และในจำนวนนี้มีภาวะแทรกซ้อนมีอาการชักได้ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น 1 ราย ในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 753 ราย และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 270 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.85 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทั้งหมด และมี ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น 529 ราย คิดเป็น ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ามารักษาในหอผู้ป่วยทั้งหมด สถิติที่สูงนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา และแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งถือเป็น 1 ใน 2 ตัวชี้วัดซึ่งเป็นแผนในปี 2566 ที่เป็นเกณฑ์ในการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลมัญจาคีรี (ข้อมูลเวชระเบียนสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี, 2566)

จากการ Assessment ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ในโรงพยาบาลมัญจาคีรี ที่มีประวัติควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่า การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จากการรับประทานอาหารได้น้อยแต่ยังรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินตามเดิม รับประทานยาผิดขนาด จำขนาดยาไม่ได้ และ ไม่รู้จักอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่ถูกต้องจนต้องเข้ามารักษาในช่วงเวรตึกด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีอาการไม่รู้สีกตัว ส่วนการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เกิดจากไม่ควบคุมอาหารไม่ทราบว่าต้องรับประทานมากน้อยแค่ไหน ฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง หรือ แม้แต่การปรับยาเองตามปริมาณอาหารที่รับประทานเมื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมัญจาคีรีปัจจุบันจากการสัมภาษณ์พยาบาล 5 คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามารถสรุปแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะแรกรับ ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินของกอร์ดอนในภาพรวม แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (Hypo-Hyperglycemia)ระยะต่อเนื่อง ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ถ้าระดับน้ำตาลไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

เฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (Hypo-Hyperglycemia) ให้การรักษาตามคำสั่งแพทย์ทำลักษณะนี้จนกระทั่งระยะจำนายระยะจำนาย ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยจะได้รับความรู้จากพยาบาลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบตามเตียงผู้ป่วยในแต่ละวัน มีการให้ความรู้ผู้ป่วยข้างเตียง ในเรื่อง อาหาร ยา การออกกำลังกายคร่าวๆ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไม่ได้มีการค้นหาผู้ดูแลผู้ป่วยที่แท้จริงในการให้ความรู้บางครั้งก็ให้ผู้ป่วยโดยตรงเพียงคนเดียว ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุและมีข้อจำกัดในการรับรู้ความจำ ทำให้ต้องมีการให้ข้อมูลซ้ำๆ ทำให้เพิ่มเวลาและเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล ไม่มีสื่อและอุปกรณ์ในการสอน ทำให้ขาดความน่าสนใจ ส่วนใหญ่จะสอนลักษณะบรรยายในวันที่ยังจำนายใช้เวลาประมาณ 3-5 นาทีซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความง่วง ทำให้ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่ทันเวลา ด้วยระยะเวลาจำกัด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ส่วนรายละเอียดของเนื้อหาขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคนที่มีความรู้หรือประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ด้วยระยะเวลาจำกัดในระยะจำนายนี้ จึงขาดการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้การวางแผนจำนายไม่มีประสิทธิภาพ และขาดการประเมินความพร้อมก่อนจำนาย และการติดตามประเมินผล พบว่าผู้ป่วยบางรายยังไม่เข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเอง มีความวิตกกังวล รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านซึ่งอาจส่งผลให้มีการกลับมารักษาซ้ำได้ โรงพยาบาลมัญจาคีรีได้นำรูปแบบการวางแผนจำนายผู้ป่วยแบบ DMETHOD มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 แต่ยังไม่มียุทธวิธีที่ชัดเจนในการวางแผนจำนายผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนมากใช้วิธีการสอนและให้ข้อมูลเป็นหลักโดยพยาบาลไม่ได้ใช้รูปแบบนี้กับผู้ป่วยทุกคน ทุกครั้ง และไม่ครอบคลุม พยาบาลแต่ละคนจำ แนวคิด ของ DMETHOD ไปให้ความรู้ผู้ป่วยทำให้เนื้อหาไม่ครบถ้วน ให้ความรู้คร่าวๆ และไม่ได้เฉพาะเจาะจงไปที่ปัญหาผู้ป่วยขาดอุปกรณ์สื่อการสอนที่ทำให้เกิดความไม่สะดวก ความน่าสนใจ และประหยัดเวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของไทยและต่างประเทศ พบว่าการวางแผนจำนายเป็นวิธีการหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้

ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เพราะการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทำให้ขาดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลตัวเองและยังพบว่าผู้ป่วยบางคนไม่สามารถนำความรู้มาปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีแนวทางการให้ความรู้ในยุคปัจจุบัน อาทิเช่น อาทิ เช่น Huang, Hung Yu, Shin & Hsu (2017) ที่ทำการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแบบมัลติมีเดียสามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การฉีดอินซูลิน สอดคล้องกับการศึกษาของ จรัสดาว เรนลด์ (2562) การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยสื่อเทคโนโลยี ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตัวเองทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และในปัจจุบันการมีการใช้เครื่องมือสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตมีมากขึ้น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นแอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาผ่านทางอุปกรณ์สื่อสารที่เป็นที่นิยมกันแพร่หลายใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน เสียค่าใช้จ่ายน้อย มีงานวิจัยที่มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาทิ การศึกษาของ สุจิตราภรณ์ ทับครอง (2561) พบว่าการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ส่งผลต่อระดับความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ ยั่งยืน และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2559) ที่มีการจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผ่านทางไลน์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่าบุคคลมีโอกาสเกิดความพร้อมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อความสามารถของบุคคลไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการทั้งหมดของตัวเอง จึงต้องมีการพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก็เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความพร้อมในการความสามารถในการดูแลตัวเอง (capabilities for self-care operations) จึงต้องมีการพึ่งพาบุคคลอื่นเพื่อช่วยในการปฏิบัติตนหรือมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองได้ วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลในการพัฒนา

ความสามารถของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับไว้รักษา
ดูแลตนเองที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ตามแนวคิด
ของ โอเร็ม คือ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการจัดทำโปรแกรม
การพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยนำแนวคิดการพยาบาล
แบบสนับสนุนและให้ความรู้(education supportive
nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทฤษฎีการดูแลตนเอง
ของโอเร็มมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย
อาทิเช่น การศึกษาของ มลิวลย์ ชัยโคตร (2561) ที่ศึกษา
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทาง
ไตพบว่าพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ
ภาวะแทรกซ้อนทางไตในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน
ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ยังมีรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
ส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังมี
น้อยและไม่ครอบคลุมกระบวนการการวางแผนจำหน่าย
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการวางแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรส่วนบุคคล
2. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ที่รักษาในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น
 - ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน
 - ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานตาม
แนวคิดของ DMETHOD
 - ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมความพร้อมการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและ
ชุมชน
 - ขั้นตอนที่ 4 การติดตามแบบเสริมพลังประเด็น DMETHOD “บัดดี้ดีเมทอด”
 - ขั้นตอนที่ 5 เสริมพลังและสร้างคุณค่าในการปฏิบัติตัว
 - ขั้นตอนที่ 6 ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง
 - ขั้นตอนที่ 5 การเชิดชูคนต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
3. ความรู้
4. ทัศนคติ

ตัวแปรตาม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอ
ผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี
จังหวัดขอนแก่น

- 1.การรับรู้ความรุนแรง
- 2..การรับรู้ความสามารถของตน
- 3.พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2
และอัตราการ Re-Admit ของโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล
มัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

ในโรงพยาบาล ให้มีความรู้และ พฤติกรรมการ
เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยการให้องค์ความรู้
และแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง ลดการ Re-admit และส่งผลให้
ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ภายในกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังการทดลอง

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้
ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถแห่งตน
และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่
2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการ
ทดลอง

2.2.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้
ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถแห่งตน
และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด
ที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมก่อนและหลังการ
ทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. วิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental – Group) และกลุ่มควบคุม (Control – Group) โดยการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two groups pretest – posttest designs) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติของผู้ป่วย ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ต่อ 1 คน มีขั้นตอนและระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ประมวลการกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน Lemeshow,1990)

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติ

มาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ $=0.05$

ดังนั้น $= 1.65$

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติ

มาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการ

ทดสอบ 80 % $= 0.84$

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

= ความต่างของผล (Effect size)

แวนดา เพ็งบุรณ์และวีรวรรณ เกิดทอง (2567) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าชนะกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มละ 27 คน รวม 54 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ 2.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.18 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ 2.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.25 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$s_p^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$= \frac{(27 - 1)0.18^2 + (27 - 1)0.25^2}{(27 + 27) - 2}$$

$$\sigma^2 = 0.05$$

$$\Delta = 0.08 - 0.25 = -0.17$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

$$= \frac{2 \times 0.05(1.65 + 0.84)^2}{(-0.17)^2}$$

$$= 26.95$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 27 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นตัว (2548)พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26 ดังนั้นจึง เพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ $= 4.04$ คน รวมทั้ง 2 กลุ่มเป็นจำนวน 62 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) สูงกว่า 180 mg% ที่เข้ารับการรักษาโดยนอนที่โรงพยาบาลมัญจาคีรีในระหว่างเดือน 5 กรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566

2) แพทย์แพทย์ลงความเห็นว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายสามารถเข้าร่วมวิจัย เช่น ระดับน้ำตาลสูง หอบเหนื่อยอ่อนเพลียจากการขาดสารน้ำ ความดันโลหิตต่ำ

3) มีการรับรู้ดี สามารถติดต่อสื่อสารไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์หรือ

ใช้ line ติดต่อกันได้ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1)ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น ยังมีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
- 2)เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบระยะเวลาหรือไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) มีดังนี้

- 1)ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการเปลี่ยนแปลงมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอยู่ในภาวะวิกฤติ
- 2)อาสาสมัครถอนตัวจากการวิจัย
- 3)ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวของคนในครอบครัวรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ประวัติการป่วยด้วยโรคเรื้อรังของบุคคลภายในครอบครัว สูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2) แบบสัมภาษณ์ในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวทางการวางแผน DMETHOD นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองและทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจจำนวน 5 ขั้นตอน รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการประชุมกลุ่ม (Focus group) และระดมสมองค้นหาสาเหตุของปัญหา ร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในประเด็น

Disease ประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดที่กำลังเป็นอยู่

Medication- ทบทวนการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่อธิบายถึง ผลข้างเคียงของยาที่พบ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผลจากการรักษา

Environment ผู้ดูแลหลักที่บ้าน การช่วยเหลือตัวเอง การปรุงอาหารภายในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการออกกำลังกาย

Treatment แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลและเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Health พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Diet พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย กินเค็ม หวาน มัน ผู้ปรุงอาหารในบ้าน ร้านจำหน่ายอาหาร ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ DMETHOD

สัปดาห์ที่ 2-4 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้างสมรรถนะ ปรับทัศนคติในการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นให้ความรู้ ปรับทัศนคติและสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามประเด็นปัญหาจากการสะท้อนคิดตามแนวคิดของ DMETHOD ได้แก่

Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลการตรวจ วางเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วย

Medication& Treatment แนวทางปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสม ผลข้างเคียงของยาและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

Diet &Health ฝึกการนับคาร์โบไฮเดรต การควบคุมอาหาร การตรวจสอบความเค็มของอาหารและการเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและออกแบบกิจกรรมในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน 4 ด้าน

สัปดาห์ที่ 5 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยร่วมกันเสนอวิธีปฏิบัติ

พฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเรื่อง 3 อ.2 ส.และ 2) ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามแบบเสริมพลังประเด็น DMETHOD “บัดดี้ดีเมทอท” โดยใช้โทรศัพท์ สื่อสนับสนุนการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่านไลน์แอปพลิเคชัน แบบรายงานตอบกลับจาก รพ.สต.

สัปดาห์ที่ 6-11 ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและในชุมชนของผู้ป่วยและวางแผนการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลตนเอง ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมพลังและสร้างคุณค่าในการปฏิบัติตัว

สัปดาห์ที่ 12 Treatment ประเมินผลการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและให้มอบรางวัลผู้ปฏิบัติตัวได้ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอพระยืนและหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ด้านความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ด้านทัศนคติมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 การรับรู้ความรุนแรงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้านการรับรู้ความสามารถของตน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 043/2566 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 59ปี (SD= 5.63) ส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 61.3จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.8 และประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 90.3 รายได้เฉลี่ย 2777.42 บาท (SD=1480.25) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 9.87 ปี (SD=4.16) ดัชนีมวลกาย 24.68(SD=4.34) ระดับความดันโลหิตส่วนบน(Systolic) 142.68 mmHg (SD=8.39) ความดันโลหิตส่วนล่าง(Diastolic) 82.94 mmhg (SD=9.25) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.86 (SD=1.26) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ67.7 สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.2

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 57.10ปี (SD= 7.29) ส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 61.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 71.0 และประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 90.3 รายได้เฉลี่ย 4009.68 บาท (SD=1480.25) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 9.42 ปี (SD=3.51) ดัชนีมวลกาย 22.71(SD=3.33) ระดับความดันโลหิตส่วนบน (Systolic) 144.10 mmHg (SD=3.33) ความดันโลหิตส่วนล่าง(Diastolic) 86.03 mmhg (SD=8.67) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.99 (SD=1.54) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ77.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.5

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

2.1การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

และหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มควบคุม 3 คะแนน(95% CI = 2.02-3.98) รายละเอียดตามตารางที่ 1 ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	9.16	1.09	-0.23	-0.80-0.35	-0.782	0.437
กลุ่มควบคุม	9.39	3.17				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	12.58	2.47	3	2.02-3.98	6.125	<0.001**
กลุ่มควบคุม	9.58	1.15				

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ย

ของทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม 16.90คะแนน (95% CI = 15.52-18.28) รายละเอียดตามตารางที่ 2 ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	19.81	0.98	0.13	-0.39-0.65	0.493	0.624
กลุ่มควบคุม	19.68	1.08				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	36.83	2.50	16.90	15.52-18.28	24.517	<0.001**
กลุ่มควบคุม	19.94	2.64				

**P value <0.000

2.3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุม17.42 คะแนน (95% CI= 15.44-19.39) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 3 ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	19.71	1.57	0.32	-0.38- 1.03	0.907	0.368
กลุ่มควบคุม	19.39	1.20				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	36.38	4.38	17.42	15.44-19.39	17.645	<0.001**
กลุ่มควบคุม	18.97	3.32				

**P value <0.000

2.4.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้

ความสามารถแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่ากลุ่มควบคุม 20.32 คะแนน (95% CI=18.75-21.89) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถแห่งตน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	23.54	0.93	1.22	-0.61-1.84	3.974	0.002
กลุ่มควบคุม	22.32	1.44	20.32	18.75-21.89	25.925	<0.001**
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	42.74	4.11				
กลุ่มควบคุม	22.42	1.46				

**P value <0.000

2.5.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลในภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม 26.94คะแนน (95% CI=24.89-28.98) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาล	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	28.65	2.69	-2.16	-3.89- -0.93	-3.523	0.001
กลุ่มควบคุม	30.80	2.10	26.94	24.89-28.98	26.227	<0.001**
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	58.09	5.41				
กลุ่มควบคุม	31.16	1.86				

**P value <0.000

2.6.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาล

สะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของระดับ ดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.062) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง(n= 31) Mean (S.D.)	กลุ่มควบคุม(n= 31) Mean (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ด้านการควบคุมอาหาร	11.77(1.38)	5.42(0.72)	6.35	5.79-6.92	22.687	<0.001**
ด้านการออกกำลังกาย	11.58(0.136)	5.65 (0.84)	5.94	5.36-6.51	20.675	<0.001**
ด้านการนอนหลับและผ่อนคลาย	11.77(1.28)	6.65(1.25)	5.13	4.48-5.77	15.921	<0.001**
ความเครียด						
การติดตามการรักษา	11.58(1.15)	6.42(0.62)	5.16	4.69-5.63	22.019	<0.001**
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	11.39(1.05)	7.03(1.08)	4.35	3.81-4.89	16.066	<0.001**
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสุขภาพโดยรวม	58.09(5.41)	31.16(1.86)	26.94	24.88-28.99	26.227	<0.001**
ระดับความดันโลหิตตัวบน	129.68(6.99)	142.71(8.74)	-13.03	-17.05- -9.01	-6.483	<0.001**
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	74.32(5.54)	86.52(7.66)	-12.19	-15.58--8.90	-7.193	<0.001**
ดัชนีมวลกาย	24.55(4.30)	22.71(3.29)	1.84	-0.09-3.79	1.888	0.062
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	7.11(0.53)	8.78(1.40)	-1.67	-2.21--1.13	-6.199	<0.001**

** P value <0.000

2.7.การกลับมารักษซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมหลังจากมีติดตามการกลับมารักษซ้ำเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2

ตารางที่ 7 แสดงการกลับมารักษซ้ำภายใน 1 เดือน (readmit) ด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนผู้ป่วย readmit (ราย)	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม	31	1	3.2
กลุ่มทดลอง	31	0	0

สรุปผลการวิจัย

จากการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม 3 คะแนน(95% CI = 2.02-3.98)กลุ่มทดลองมี

กลุ่มทดลองภายหลังมีการติดตามการกลับมารักษซ้ำเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษซ้ำ คิดเป็นอัตราการ readmit ร้อยละ 0

คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุม 16.90 คะแนน (95% CI = 15.52-18.28) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุม 17.42 คะแนน (95% CI= 15.44-19.39) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่ากลุ่มควบคุม 17.42 คะแนน (95% CI=18.75-21.89)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมในการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม 26.94 คะแนน (95% CI=24.88-28.99) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 1.67เปอร์เซ็นต์ (95% CI=-2.21--1.13)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนบนของผู้ป่วย

โรคเบาหวานลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 13.03 มิลลิเมตรปรอท (95% CI=-17.05- -9.01) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนล่างของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 12.19 มิลลิเมตรปรอท (95% CI=- 15.58 - -8.90) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 1.84 คะแนน (95% CI=-0.09-3.79)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินงานตามโปรแกรมออกเป็น 12 สัปดาห์ โดยใช้แนวทางตาม DMETHOD ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและการสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลโดยมีกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างการรับรู้ ปรับทัศนคติ และสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจากผลของการวิเคราะห์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของโรงพยาบาลมัญจาคีรี ทั้ง 2 กลุ่มที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะเห็นว่าการทดลองคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีค่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีผลมาจากการจัดระบบในการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้แนวทางตาม DMETHOD ร่วมกับการใช้ทฤษฎีโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการทบทวนปัญหาของการดูแลตนเองร่วมกับทีมพยาบาลผู้ให้การดูแลเพื่อร่วมกันออกแบบกระบวนการในการพัฒนาทักษะของผู้ป่วยให้ตรงตามความต้องการและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดหลังจากนั้นได้ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเสริมพลังในการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเชื่อมั่นและสามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อเนื่องและมีความภาคภูมิใจในตนเองเกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและทีมพี่เลี้ยงในระดับชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สืบเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอาจมีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นโรค

เรื้อรังที่ต้องมีการติดตาม รักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกหมดพลังอำนาจในการต่อสู้กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เช่น ความไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเช่น การนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็น ระยะเวลาอันยาวนานห้องตรวจเป็นต้น (เยียวภา พรเวียง, 2555) ดังนั้นการให้ความรู้ด้วยกระบวนการหรือเทคนิคใหม่ ๆ รวมถึงการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องรวมถึงกิจกรรมในเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดพลังในการปฏิบัติตัว ลดความเหนื่อยล้าเบื่อหน่ายจากการรักษา การรอตรวจ การรับประทานยาเป็นระยะเวลาอัน จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ เท้าทันและเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ผู้วิจัยได้นำมาบรรจุลงในโปรแกรม DMETHOD การให้ความรู้ การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่ผู้ป่วยร่วมกันออกแบบ การสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่ายก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีองค์ความรู้และมีพลังอำนาจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้อย่างเหมาะสม จนมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเข้าสู่เกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษารัตนา นิล เลื่อม และคณะ (2561) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 4 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที ประกอบด้วย ระยะแรก รับ ระยะรักษาช่วงแรก ระยะรักษาช่วงหลัง และระยะฟื้นฟู การเตรียมกลับบ้าน เฉลี่ยประมาณ 4 วัน โดยจะมีการโทรปรึกษาสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่ม

ทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และประโลม อ้นคง (2563) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุโขทัยในรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยจะมีแผนการสอนและแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการนำคู่มือ พร้อมสื่อวีดิทัศน์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการแบ่งระยะการวางแผนจำหน่าย ในวันแรกมีการให้ความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล ระยะระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลโดยการนำคู่มือและสื่อวีดิทัศน์มาใช้ในการสอนผู้ป่วยสามารถเปิดดูได้ตลอดเวลา ระยะก่อนจำหน่ายเมื่อมีการประเมินความรู้ผู้ป่วย และระยะหลังจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ โดยมีการโทรเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเป็นการเสริมพลังให้ผู้ป่วย ผลของโปรแกรมคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้หลังวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงปกติถึงร้อยละ 86 ธนพร โพธิ์จักรและคณะ (2562) ได้ศึกษาผลจากการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการนวดเท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ เป็นวิธีที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากสามารถชมซ้ำได้ และได้รับความนิยมแพร่หลายในการให้ความรู้โดยสื่อที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ได้มาตรฐานแล้วนำไปใช้กับอาสาสมัครผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อาสาสมัครมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด ในอาสาสมัครถึง 80 เปอร์เซนต์ ชนิษฐ์นาฏ จูริมาศ (2558) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-M-E-T-H-O-D และแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในผู้ป่วย มีการใช้แนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาเป็นแนวทางการวิจัยผลการวิจัยพบว่า หลังผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผ่านไป 3 เดือน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงกว่า ก่อนการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.01 และภายหลัง 3 เดือนมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ที่ต่ำกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สรุปการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับระหว่างการรักษา จนถึงระยะจำหน่าย มีการประเมินปัญหาความต้องการ การดูแล การสอน แนะนำ สนับสนุนการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีระบบการประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ และลดการรักษารักษาในโรงพยาบาลได้ และเพื่อให้เกิดกิจกรรมการปฏิบัติตัวมีความต่อเนื่อง ยังยินดีมีการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังเช่น โกศล บุญทา (2566) ได้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 50 คน หลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และภายหลังเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001และในต่างประเทศก็มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น .Li cheng et al (2018) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยเน้นการเสริมพลังอำนาจโดยการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยแบ่งโปรแกรมนี้จะแบ่งเป็น 4 ช่วง ช่วงที่ 1 ประเมินพฤติกรรมการจัดการตัวเอง พุดคุยถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วย ช่วงที่ 2 อธิบายการจัดการตนเองโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยมีการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ แบ่งปันประสบการณ์กับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานด้วยกันสนับสนุนส่งเสริมความคิดของผู้ป่วย ช่วงที่ 3 มีการใช้โทรศัพท์ในการให้คำปรึกษาการจัดการตนเองในชีวิตจริง สนับสนุนการมีส่วนร่วมการตัดสินใจพุดคุยถึงแหล่ง

ทรัพยากรในชุมชนช่วงที่ 4 มีการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยมีการนำ The summary of diabetes self-care activity (SDSCA) ไปปรับใช้ ผลคือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลในการลด HbA1C เฉลี่ยร้อยละ 0.476 ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยใช้ทฤษฎีของโอเรมและการเสริมพลังอำนาจแบบในการให้ความรู้ ร่วมสร้างแนวปฏิบัติร่วมกันระหว่างพยาบาลในตึกผู้ป่วยในร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว รวมถึงการประสานส่งต่อข้อมูลและดำเนินงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในระดับชุมชน มีการติดตามการปฏิบัติตัวร่วมกันโดยผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขในลักษณะของบัดดี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ ส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาลลดลง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งในระดับครอบครัวและประเทศชาติ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.ควรมีระยะเวลาศึกษาที่นานขึ้น เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

2.ควรมีการขยายการดำเนินงานในการจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.ได้องค์ความรู้ใหม่ในการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และสามารถขยายผลในการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆในโรงพยาบาลได้

2.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในกลุ่มใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข้อมูลเพื่อตอบสนององ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). (ระบบออนไลน์).สืบค้นทาง อินเทอร์เน็ต วันที่14 เมษายน 2567 แหล่งที่มา :https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c924b1ec16a599d882b&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361. (16 ตุลาคม 2565).
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ไซน์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1. นนทบุรี : กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- โกศล บุญทา.(2566).การเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. 2566.[เข้าถึงเมื่อ 14 เม.ย. 2567].เข้าถึงได้จาก: (<http://www.chiangmaihealth.go.th/document/231010169690646468.pdf>).
- ชนิษฐ์นาฏ จุริมาศ.(2558).ผลของการวางแผนจำหน่าย ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด). ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (2015): พฤษภาคม-สิงหาคม.p.17-23.
- ธนาพร โพธิ์จักรและคณะ. (2552).การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานและการนัดเท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 31(3), 347-353.
- เยาวภา พรเวียง และคณะ. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม的自我ดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(2): 85-97.

- รัตนานิ เลื่อน และคณะ. (2564). ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32(2), p.202-216.
- แววตา เพ็งบุรณ์และ, วีรวรรณ เกิดทอง. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าขี้เหล็ก. www.srth.go.th/home/research (Vol.1 NO.1 February-December, 2024) อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2567]; 2(2): 1-13. <https://srth.go.th/home/research>.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2554). สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2561).การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2550-2558. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2560).แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ:บริษัท อิมชันอาร์ต จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554).แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2550-2558. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in diabetes 2011. Diabetes Care, 34(Supplement 1): S11-S61.
- Bloom BS. (1968). Learning for mastery. Evaluation comment, 1(2). Center for the study of evaluation of instructional programs, University of California, Los Angeles, USA.
- Bloom, B.S. (1956).Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals handbook I: Cognitive domain. New York: McKay.
- Gray, R. E, Doan, B. D., & Church, K. (1990). Empowerment and persons with cancer: Politics in cancer medicine. Journal of Palliative Care,6: 33-45.
- Gibson, C. H. (1995).The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing, 21: 1201-1210.
- Lemeshow S, Hosmer.(1990). D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons.
- Lewin, Kurt.(1951). “Field. Theory and Learning” Ind. Cartwright Field theory in Social Science:Selected Theoretical. New York:Harper and Row.
- Li cheng., et al. (2018). Effectiveness of patient-centred, empowerment-based intervention program among patients with poorly controlled type 2 diabetes. International journal of nursing study.,9(1), 43-51.
- Orem, D.E., Taylor, S.G., & Renpenning, K.M. (2001). Nursing : Concepts of practice. (6th ed.). St. Louis : mosby.
- WHO. Non communicable diseases 2023.สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- WHO.Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-result>.