

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

✓ ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

THE PARTICIPATION OF RELATIVES IN THE CARE OF
PATIENTS WITH DIABETES HAVE BLOOD SUGAR LEVELS,
KUCHINARAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE

ชิงชัย อัฐนาค

TH 0019543

30 ส.ค. 2556
324906 เริ่มบริการ
- 6 พ.ย. 2556

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตุลาคม 2555

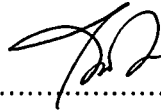
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์
ของ ชิงชัย อัฐนาค ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์

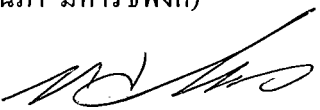

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์)

คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

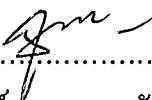

..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์)


..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ศักดิภัทร พวงคต)

คณะศาสตรมหาบัณฑิต อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะศาสตรมหาบัณฑิต
(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2555

ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดี
ยิ่งจากคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคณาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา คือ อาจารย์ ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์
ศาสตราจารย์ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ อาจารย์ ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์ และ
อาจารย์ ดร.ศักดิภัทร พวงคต คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ
แนวทางต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้ศึกษารู้สึก
ซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาของทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.ธีระพัฒน์ สุทธิประภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.กิตติ เหลาสุภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลหนองกุงศรี และนางศิริมา โคตตาแสง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองกุงศรี ที่กรุณารับเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลกุดหว้า ทีมพยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอกุฉินารายณ์ทุกท่าน ที่ให้ความ
อนุเคราะห์ สนับสนุน ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก ในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี และ
โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบพระคุณ ญาติและผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เข้าร่วม
การศึกษา และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานำมาทำให้การศึกษานี้ สำเร็จตาม
วัตถุประสงค์เป็นอย่างดี

จึงชัย อัฐนาค
ตุลาคม 2555

54920104: ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม/ ความตระหนัก/ พฤติกรรมการปฏิบัติ/ ระดับน้ำตาลในเลือด

จึงชัย อัฐนาท: ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอภูจินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (THE PARTICIPATION OF RELATIVES IN THE CARE OF PATIENTS WITH DIABETES HAVE BLOOD SUGAR LEVELS, KUCHINARAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์: ไพบุญย์ พงษ์แสงพันธ์, Ph.D., 103 หน้า. ปี พ.ศ. 2555.

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอภูจินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 44 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง จำนวน 2 ครั้ง ดำเนินการกลุ่มการมีส่วนร่วมของญาติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ค้นหาปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหาและ นำเสนอประสบการณ์แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ดี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน, หลังทันที และหลังการจัดกิจกรรม 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วย One –way repeated measure ANOVA และ Independent sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า ความตระหนักของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองทันที สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายหลังการให้การทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยยังคงสูงกว่าก่อนให้การทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และยังพบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติของญาติที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองทันที สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายหลังการให้การทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยยังคงสูงกว่าก่อนให้การทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

54920104: M.P.H. (PUBLIC HEALTH)

KEYWORDS: PARTICIPATION/ AWARENESS/ BEHAVIOR FOR PRACTICE/
BLOOD SUGAR LEVELS.

CHINGCHAI ATTANAK: THE PARTICIPATION OF RELATIVES IN THE CARE
OF PATIENTS WITH DIABETES HAVE BLOOD SUGAR LEVELS, KUCHINARAI
DISTRICT, KALASIN PROVINCE. ADVISOR: PAIBOON PONGSAENGPAN, Ph.D., 103 P.
2012.

The purposes of this quasi- experimental study were to study the effect of the involvement of relatives in type II diabetes patients' care in Kuchinarai district, Kalasin province. Patients were divided into an experimental group of 22 people and comparison group of 22 people. the relative contribution of the exchange experience learned to cope the problem and offer a better approach to patient care. Data were collected before, immediately after, and two weeks after the program end. The data were analyzed by percentage, mean and standard deviation, one –way repeated measure ANOVA and independent sample t-test.

The results showed that relative awareness on diabetes patient in the intervention group after program end was higher than before the experiment and higher than the comparison group and two weeks after program end was still higher than before the experiment ($p < .05$) and also found that the relative practices of patients care in the experimental group between before and after program end and also higher than the comparison group ($p < .05$) and blood sugar levels in the experimental group lower than the comparison group. ($p < .05$)

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
สมมติฐานของการศึกษา.....	4
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
ขอบเขตของการศึกษา.....	6
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	9
แนวคิดการมีส่วนร่วม.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	27
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	28
แนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Group Process).....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	41
รูปแบบการศึกษา.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	43

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง.....	48
4 ผลการศึกษา.....	49
ข้อมูลทั่วไป.....	50
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการศึกษา.....	64
อภิปรายผล.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	70
ภาคผนวก.....	75
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	76
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	79
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	89
ภาคผนวก ง ภาพกิจกรรมตามโปรแกรม.....	98
ประวัติย่อของผู้ศึกษา.....	102

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของญาติ จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ อายุผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....	50
2. ค่าเฉลี่ยของความตระหนัก การปฏิบัติตัว และค่าน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	52
3. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล.	53
4. การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความตระหนักในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	54
5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของญาติ ในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	55
6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการทดลองและระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ... ..	56
7. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ความตระหนักในการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง	57
8. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ พฤติกรรมการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง	57
9. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง.....	58
10. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกรายข้อ	59
11. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	61
12. จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยเบาหวานจำแนกตามระดับความพึงพอใจ	62

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษา	5
2 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ Rosen stock และคณะ	30
3 รูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนหลัง	41
4 ผู้ศึกษาแจ้งรายละเอียด วัตถุประสงค์ รูปแบบการจัดกิจกรรม	99
5 วิทยากรบรรยาย	99
6 ญาติแยกกลุ่ม บอกเล่าประสบการณ์	100
7 ญาติแยกกลุ่ม บอกเล่าประสบการณ์	100
8 แยกกลุ่มสร้างความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย	101

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งด้านสาธารณสุข มีอุบัติการณ์ของโรคที่สูงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ตาบอด โรคหลอดเลือดที่หัวใจและสมองอุดตัน ความผิดปกติของเส้นประสาท การตัดเท้า ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพซึ่งกำลังเป็นปัญหาในการรักษาอย่างมากในปัจจุบัน ประเทศไทยก็ประสบปัญหาโรคเบาหวานเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากเป็นอันดับที่ 6 ของโลก คิดเป็นอัตราป่วย 490.5 ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและพัฒนากายวิภาคศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากผลสรุปของกลุ่มระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อสำนักงานระบาดวิทยา พบว่าจำนวนผู้ตาย และอัตราตายด้วยสาเหตุจากโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับเวลา โดยในปี พ.ศ. 2547 พบอัตราตายด้วยสาเหตุจากโรคเบาหวานในเพศชายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 9.5 (จำนวน 2,941 ราย) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาคูกคามชีวิตของคนไทย และจากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ เมื่อ ปี พ.ศ. 2550 สรุปอัตราป่วย และอัตราตายของผู้ป่วยโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุจากเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2545-2549 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 340.95, 11.8 เป็น 586.82, 12.0 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากการสำรวจ สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วประเทศ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 พบว่า ร้อยละ 56.6 ของผู้ที่เป็นเบาหวาน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน จะขาดการดูแล รักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งจากสถิติพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี และแนวโน้มอนาคตจะเพิ่มสูงขึ้นอีก และจากการสำรวจอุบัติการณ์เกิดโรคในประเทศไทยพบว่า ประมาณ 2.6-6 % สำหรับประชากรผู้สูงอายุอุบัติการณ์สูงถึง 13-15.3 % เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอในการควบคุมโรคตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล คือรับประทานยา ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาจะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องร่วมกับการควบคุมอาหารโดยมีการจำกัดจำนวนอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะอาหารที่มีรสหวานจัด ผลไม้กระป๋องหรือเครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์หรืออาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม กาแฟ โอวัลติน

สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนไปจากเดิมต้องฝึกตนเองในการจำกัดจำนวนหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่เคยชอบรับประทานเป็นประจำ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิต ไม่ทราบว่าโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อใดต้องมีการตัดสินใจแก้ปัญหาทุกวันในการดำเนินชีวิต ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต้องควบคุมน้ำหนักของตนเอง และยังมีผลกระทบ ต่อครอบครัว ในด้านเศรษฐกิจที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา และโรค เบาหวานเป็นกลุ่ม โรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจะมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมาเกือบทุกระบบทั่วร่างกายการควบคุมเบาหวานจะสามารถลดอัตราการแทรกซ้อนต่าง ๆ ลงได้ การที่จะควบคุมเบาหวานให้ได้ค่านั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกันดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติซึ่งหมายถึงการที่ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต การควบคุมอาหาร การใช้ยาอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมถึงการติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อโรคเบาหวานจะสามารถดูแลตนเองและมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานสิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือกำลังใจ ความเข้าใจ และการดูแลเอาใจใส่ จากครอบครัวมากที่สุด ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดกำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญมากที่จะส่งเสริม ดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจัดการการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและครอบครัวยังเป็นปัจจัยสำคัญที่จะประคับประคองให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตรภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จากข้อมูลจากการรายงานของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอภูผามาศ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ในอำเภอภูผามาศจำนวนประชากร ทั้งหมด 101,516 คน มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวนมากถึง 4,619 คนหรือร้อยละ 4.55 และในผู้ป่วยทั้งหมดนี้ยังมีจำนวนมากที่ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่สูงมากกว่าปกติซึ่งอาจเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมรับประทานยา การควบคุมอาหารไม่

ถูกต้องและออกกำลังกายไม่เหมาะสมเพียงพอ เพราะผู้ป่วยขาดการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ยังขาดการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในการกระตุ้นเตือนและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยญาติเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักต่อการมีส่วนร่วมดูแลการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานของญาติในกลุ่มทดลองระหว่างหลังทดลองทันทีกับก่อนทดลอง หลังทดลอง 2 สัปดาห์กับก่อนทดลอง และหลังทดลอง 2 สัปดาห์กับหลังทดลองทันที และเปรียบเทียบความตระหนักก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติของญาติที่มีส่วนร่วมดูแลการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานของญาติในกลุ่มทดลองระหว่างหลังทดลองทันทีกับก่อนทดลอง หลังทดลอง 2 สัปดาห์กับก่อนทดลอง และหลังทดลอง 2 สัปดาห์กับหลังทดลองทันที และเปรียบเทียบการปฏิบัติก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ญาติมีส่วนร่วมดูแลการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองระหว่างหลังทดลองทันทีกับก่อนทดลอง หลังทดลอง 2 สัปดาห์กับก่อนทดลอง และหลังทดลอง 2 สัปดาห์กับหลังทดลองทันที และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติต่อโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานของการศึกษา

1. หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ญาติที่เข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีความตระหนักต่อการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ระหว่างหลังทดลอง 2 สัปดาห์กับหลังทดลองทันที ญาติกลุ่มทดลองมีความตระหนักไม่แตกต่างกัน

2. หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ญาติที่เข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ระหว่างหลังทดลอง 2 สัปดาห์กับหลังทดลองทันที ญาติกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมปฏิบัติให้การดูแลไม่แตกต่างกัน

3. หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีญาติเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแล มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ระหว่างหลังทดลอง 2 สัปดาห์กับหลังทดลองทันที ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีญาติเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมดูแล มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน

4. หลังทดลอง ญาติในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นข้อมูลเพื่อปรับปรุงแบบการให้สุศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถปฏิบัติกับผู้ป่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ใช้เป็นข้อมูลสืบค้นอ้างอิงในการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการและแนวทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้นเป็นแนวทางทางสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาเฉพาะญาติของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุระหว่าง 35 – 65 ปี และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นญาติที่เกี่ยวข้องเป็นสามีหรือภรรยา หรือบุตรหลานของผู้ป่วยที่อยู่ในบ้านเดียวกัน กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ญาติเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และวัดผลของกระบวนการมีส่วนร่วมดูแลเฉพาะเรื่อง ความตระหนักและการปฏิบัติต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของญาติ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและหลังติดตาม 2 สัปดาห์กับความพึงพอใจของญาติต่อโปรแกรมการมีส่วนร่วมดูแลหลังทดลองทันที

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้มีช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลที่ใกล้เคียงกันทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังจำคำถามได้อาจส่งผลให้ระดับความตระหนักและการปฏิบัติเพิ่มขึ้นได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. กระบวนการมีส่วนร่วม หมายถึง ญาติร่วมดูแล แนะนำคัดเตือนผู้ป่วยเบาหวานให้ปฏิบัติตามการรับประทานยา บริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
2. ญาติ หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ได้แก่ สามี ภรรยาบุตรหรือหลาน ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยเบาหวาน
3. ผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด มีรายชื่อในทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง ปริมาณน้ำตาลในเลือดที่วัดด้วยเครื่อง Capillary Glucose Meter มีหน่วยเป็น mg/dl

5. การดูแล หมายถึง การเอาใจใส่ ให้คำแนะนำของญาติต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

6. ความตระหนัก หมายถึง ความตั้งใจ ใส่ใจ รับรู้ประโยชน์ เห็นคุณค่าอย่างชัดเจน ที่จะเลือกบริโภคชนิดอาหาร การควบคุมปริมาณอาหาร วิธีปรุงอาหาร ที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ให้มีค่าปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ

7. การปฏิบัติ หมายถึง ญาติผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

8. การรับประทานยา หมายถึง การรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา และถูกคนหรือหมายถึงรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง

9. การบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน ตรงเวลา ครบ 3 มื้อ การเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรค ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณ เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์มาก ผลไม้รสหวานจัด ดออาหารที่ใส่น้ำตาล คัดค้านสุราและไม่สูบบุหรี่

10. การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเสริมจากกิจวัตรประจำวัน โดยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆทั่วร่างกาย ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดและหัวใจดีขึ้นโดยออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองและปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที

11. กลุ่มทดลอง หมายถึง ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม กระบวนการมีส่วนร่วม

12. กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติตามปกติ

13. ก่อนทดลอง หมายถึง การวัดความตระหนัก การปฏิบัติในการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด 1 วันก่อนให้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วม

14. หลังทดลองทันที หมายถึง การวัดความตระหนัก การปฏิบัติในการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2

15. ติดตามผล หมายถึง การวัดความตระหนัก การปฏิบัติในการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 ตามโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือด 2 สัปดาห์

16. ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความประทับใจที่มีต่อกิจกรรมตาม
โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในกลุ่มทดลอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานแนวทางประกอบการวิจัยครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation)
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Care giver)
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (Hyperglycemia) โดยตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ตามสูงกว่า 200 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิตรร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน โรคนี้เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลยหรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ในการทำงานได้อย่างเต็มที่ ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่ช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายทำงานน้อยลง น้ำตาลไม่ถูกนำไปใช้จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่าง ๆ เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงเกินความสามารถที่ไตจะดักเอาไว้ได้ก็จะถูกขับออกมาทางปัสสาวะจึงเรียกว่าโรคเบาหวาน (บุญทิพย์ สิริรังสี, 2539)

การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน ยึดตามสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2540 ซึ่งจำแนกโรคเบาหวานออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. ชนิดที่ 1 (type 1 DM) โรคเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอายุน้อย อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้

ทั้งเพศชายและเพศหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว โรคเบาหวานชนิดนี้ในที่สุด จำเป็นต้องใช้อินซูลิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ กรดคีโตนในเลือด (Diabetic Ketoacidosis)

2. ชนิดที่ 2 (type 2 DM) โรคเบาหวานชนิดที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลิน หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน พบในผู้ใหญ่ที่มีอายุเกิน 40 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาการที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนถึงขั้นรุนแรง ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ได้มากโดยเฉพาะคู่แฝดจากไข่ใบเดียวกันพบได้เกือบร้อยละ 100

3. โรคเบาหวานชนิดอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ยาหรือสารเคมี และอื่น ๆ

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย นอกจากนั้นความเครียดจากการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นภาวะดังกล่าวอาจทำให้เกิดโรคเบาหวานได้

สาเหตุของโรคเบาหวาน

1. สาเหตุจากกรรมพันธุ์ โดยจะถ่ายทอดความผิดปกติการทำงานของตับอ่อนทั้งความผิดปกติของเบต้าเซลล์และความผิดปกติของการหลั่งหรือการทำงานของอินซูลินมาทางยีนส์จากรุ่นพ่อแม่ไปยังรุ่นลูกต่อไปแต่จะไม่เกิดกับทุกคน ดังนั้นผู้ที่มียีนส์ที่เสี่ยงเป็นเบาหวาน ก็มีโอกาที่จะเป็นเบาหวานได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียีนส์ที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน

2. สิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเบาหวาน คือ

2.1 อาหาร โดยเฉพาะอาหารหวานจัด เช่น ขนมหวานต่าง ๆ น้ำอัดลม น้ำหวาน อาหารเหล่านี้จะมีน้ำตาลมาก ทำให้ร่างกายดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว และเป็นการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนได้ทันที ถ้าเกิดอยู่เป็นประจำหรือบ่อยครั้งจะทำให้เป็นเบาหวานได้

2.2 โรคอ้วน ในคนอ้วนนั้นร่างกายจะมีความต้องการอินซูลินมากขึ้น เพราะปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไปมีมาก แต่อินซูลินจะมีปฏิกริยากับเซลล์ไขมันได้น้อยลง ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้

2.3 ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน จะทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ เช่น โกรทฮอร์โมนสูงทำให้มีการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น คอร์ติโคสเตียรอยด์ทำให้เร่งปฏิกริยาการสร้างกลูโคสจากโปรตีนแคทีโกลามีนสูงทำให้มีการสลายไกลโคเจนเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2.4 ความเครียด เมื่อมีความเครียดอย่างรุนแรงหรือมีความเครียดเป็นระยะเวลานาน ๆ พบว่าร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและแคทีโคลามีน ออกมามาก ซึ่งจะทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2.5 โรคติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น เชื้อไวรัสเอดส์ที่ทำให้เกิดโรคทางภูมิคุ้มกันบกพร่องและเชื้อไวรัสซิกา บี ที่ทำให้เกิดโรคหัดเยอรมัน เมื่อเป็นแล้วมักจะทำให้ตับอ่อนอักเสบและทำลายเบต้าเซลล์ ซึ่งเป็นตัวผลิตฮอร์โมนอินซูลิน

2.6 การออกกำลังกาย จะทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองอินซูลินจากเซลล์ไขมัน และกล้ามเนื้อทั่วทั้งตัวดีขึ้น เนื่องจากจำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์เพียงพอ แต่ถ้าขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยเกินไป จำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ในเซลล์ไขมันและกล้ามเนื้อจะลดลง เป็นผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้

2.7 การตั้งครรภ์เนื่องจากฮอร์โมนการตั้งครรภ์โรคเบาหวานได้ด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติคลอดลูกตัวโตกว่าปกติ (สุภลักษณ์ จันทาญ, 2544)

2.8 ความผิดปกติของตับอ่อน ตับอ่อนเป็นอวัยวะของร่างกายที่ประกอบด้วยแลงเกอร์ฮานส์ ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลิน เพื่อนำไปใช้ในการทำปฏิกิริยากับน้ำตาลเพื่อให้เกิดพลังงานทำให้ร่างกายนำไปใช้ได้ความผิดปกติที่ตับอ่อน เป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน

2.9 การขาดเบตาเซลล์หรือจำนวนเบตาเซลล์น้อยลง มีสาเหตุจากการขาดโปรตีนอย่างรุนแรงทำให้ตับอ่อนอักเสบเป็นผลให้เบตาเซลล์ถูกทำลาย การตัด ตับอ่อนออก การดื่มสุราซึ่งทำให้ขาดสารอาหาร โปรตีนและแคลอรี เป็นต้น

อาการของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการอะไรบ่งชี้ ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างเงียบ ๆ จะทราบก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากแล้ว หรือตรวจพบโดยบังเอิญเมื่อเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น ๆ หรือได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจสุขภาพประจำปี อาการสำคัญของโรคเบาหวานมีดังนี้

1. ปัสสาวะบ่อยและมากในตอนกลางคืน อาจมากถึงวันละ 3 ลิตร (คนปกติ 1- 1.85 ลิตร/ วัน)
2. คอแห้ง กระหายน้ำบ่อย
3. หิวบ่อยและรับประทานจุ แต่ผอมลง
4. อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงมาก
5. เป็นแผล ฝี ใ้ได้ง่าย แต่รักษาหายยาก
6. คันตามผิวหนัง โดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ ช่อดกลอด
7. ปวดและเจ็บกล้ามเนื้อ ชาตามมือ เท้า หมดความรู้สึกทางเพศ

8. ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ
9. คลอควบคุรที่มีน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม
10. บางรายมีอาการของโรคแทรกซ้อน เช่น โรคระบบหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจหรือสมอง

ตีบตัน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวาน เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรงและสร้างความทุกข์ทรมานได้ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับอวัยวะแทบทุกระบบ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน มี 2 ประเภท คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการรุนแรง และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรคแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่

1.1 ภาวะคีโตซีโอส เนื่องจากการทำงานของร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เช่น การอักเสบหรือเป็นฝีที่ผิวหนัง

1.2 ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูงมาก พบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เป็นโรค โดยไม่รู้ตัวและขาดการรักษาหรือมีภาวะการฉีดยาผิดวิธีรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ หรือมีการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงมาก ๆ (สูงเกิน 600 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร)

1.3 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หมายถึง การที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร สาเหตุอาจเกิดจากการรับประทานยามากกว่าที่ควร รับประทานอาหารน้อยลง การออกกำลังกายมากเกินไป อาการแสดงที่พบ ได้แก่ อาการหิวบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหงื่อออกตัวเย็น เป็นลม มึนงงไม่รู้สีกตัวจนหมดสติ

1.4 วัณโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 4 เป็นโรคเบาหวาน

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มักทำให้ผู้ป่วยพิการหรือคุณภาพชีวิตด้อยลง อาการแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่

2.1 โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ การอักเสบของระบบขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวานพบบ่อย 2 – 3 เท่าของคนปกติ

2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดหัวใจวายได้ ซึ่งพบได้เป็น 2 เท่าของคนปกติ นอกจากนี้การตีบตันของเส้นเลือดหัวใจโคโรนารีจากกระบวนการแข็งตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือด หัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บบริเวณหน้าอก

2.3 จอตาเสื่อม จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดจะทำให้เกิดการทำลายจอรับภาพและการเสื่อมของเลนส์ตาเร็วขึ้น จนเกิดความรุนแรงถึงตาบอดได้มากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า

2.4 ความดันโลหิตสูง พบได้มากกว่าคนปกติประมาณ 2 เท่า อาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็กร่วมกับการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดจะทำให้เกิดการทำลายจอรับภาพและการเสื่อมของตา

การรักษาโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต องค์การอนามัยโลกได้บัญญัติวัตถุประสงค์ในการดูแลรักษาเบาหวานไว้ 4 ประการ คือ (วรรณิ นิธิยานันท์, 2539)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากอาการที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันและอยู่ในสังคมอย่างใกล้เคียงปกติที่สุด
3. เพื่อควบคุมเบาหวานและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ ของร่างกายให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้และรักษาสมดุลที่ดีนี้ให้คงอยู่ตลอดไป

4. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวาน มี 4 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสำคัญ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันโรคแทรกซ้อนที่ตามมาดังนี้

1. การฉีดยา

1.1 การรักษาด้วยยาฉีด คือ อินซูลิน ซึ่งสกัดจากตับอ่อนของหมู และวัว แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงชนิดของอินซูลินที่ให้กับผู้ป่วย

ข้อบ่งชี้ในการใช้อินซูลิน

1. ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง
2. ข้อบ่งชี้เฉพาะได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน โรคตับอ่อน ภาวะการตั้งครรภ์ ภาวะการแพ้ยาเม็ด ภาวะการติดเชื้อรุนแรง การบาดเจ็บ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดตับและไตวาย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง กรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือรับประทานยาเม็ดเพื่อลดระดับน้ำตาล

1.2 การเลือกใช้อินซูลิน

1. อินซูลินออกฤทธิ์สั้นในรายที่ต้องฉีดอินซูลินเข้าหลอดเลือดดำและกล้ามเนื้อ เพื่อให้ออกฤทธิ์เร็วยิ่งขึ้น หรือเพื่อความแน่นอนในการออกฤทธิ์
2. อินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง ใช้กับผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง
3. อินซูลินชนิดผสม มักใช้ในกรณีที่ต้องการใช้อินซูลิน 2 อย่างผสมกันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

1.3 การรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ในปัจจุบันยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดหลายชนิดโดยแบ่งการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน เพื่อแก้ไขกลไกการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่

1.3.1 ยากระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (Insulin Secretagogue)

1.3.1.1 Sulfonylurea (SU)

1.3.1.2 Non – Sulfonylurea Insulin Secretagogue (Non - SU)

1.3.2 ยาลดการสร้างกลูโคสที่ตับ (Hhepatic Glucose Production)

1.3.3 ยาลดการดูดซึมของคาร์โบไฮเดรต (Alpha Glucosidase Inhibitor)

1.3.4 ยาเพิ่มการตอบสนองของอินซูลิน (Insulin Sensitizer) หรือลดการดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Rensistance)

แนวทางการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน

กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับ FPG น้อยกว่า 250 มก./ดล และอาการไม่ชัดเจน แนะนำให้ปรับพฤติกรรมในการดำรงชีวิต โดยควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย เป็นระยะเวลา 2 เดือน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงเลือกใช้ยา Metformin ในกรณีที่ FPG น้อยกว่า 150 มก./ดล อาจเลือกใช้ Glucosidase Inhibitor

ผู้ป่วยมีระดับ FPG น้อยกว่า 250 มก/ดล และมีอาการชัดเจน ในกรณีที่ผู้ป่วยอ้วนเลือกใช้ยา Metformin และกรณีที่ผู้ป่วยไม่อ้วน ให้เลือกใช้ยากลุ่ม Sulfonylurea หลังจากที่ผู้ป่วยใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดเพียง 1 ชนิดแล้ว ถ้าหากระดับ FPG ยังมากกว่า 130 มก./ดล หรือ ALC มากกว่า 7% หรือ FPG มากกว่า 180 มก./ดล พิจารณาการใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน (วิทยา ศรีดามา, 2545)

2. การควบคุมอาหาร

2.1 การควบคุมอาหาร เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมอาหารเป็นการลดปริมาณกลูโคสที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยการลดปริมาณหรือเปลี่ยนสัดส่วน หรือชนิดของอาหารเพื่อให้น้ำตาลดูดซึมได้ช้าลง ทำให้อัตราระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกหลักเป็นสิ่งสำคัญ

ในการควบคุมระดับน้ำตาล และรักษาสุขภาพให้ปกติ (วิทยา ศรีดามา, 2543) เป้าหมายในการควบคุมอาหารมีดังนี้

- 2.1.1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติให้มากที่สุด
- 2.1.2 ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ปกติ
- 2.1.3 ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม
- 2.1.4 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- 2.1.5 ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนอย่างสมดุล

ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เพียงพอ ทั้งปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเลือกรับประทานที่ให้พลังงานเพียงพอกับความต้องการที่จะควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยใช้ดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ (Body mass index) คำนวณได้จากน้ำหนักเป็นกิโลกรัม/ ความสูงเป็นตารางเมตร ซึ่งค่าปกติน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 กิโลกรัม/ม² ถ้าน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ม² แสดงว่าผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 25 – 29.9 กิโลกรัม/ม² แสดงว่าน้ำหนักเกิน ถ้ามีค่าตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ม² ขึ้นไป แสดงว่าเป็นโรคอ้วน (กรมอนามัย, 2546)

การประเมินการควบคุมอาหารที่ดีอีกวิธีก็คือ การหาอัตราส่วนเส้นรอบวงของเอวและสะโพก (Waist-hip circumference ratio หรือ abdominal to gluteal circumference ratio หรือ Waist to hip ratio) เป็นวิธีการวัดการกระจายของไขมันที่ทำได้ง่าย ซึ่งวัดถึงการกระจายของไขมันในร่างกาย และใช้ในการประเมินความเสี่ยงของสุขภาพได้ ค่าอัตราส่วนของรอบเอวต่อสะโพกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ > 1.0 ในผู้ชาย และ > 0.8 ในผู้หญิง (เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤษ, 2540) การแบ่งประเภทอาหารผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับปริมาณอาหารครบ 6 หมวด ตามความต้องการของร่างกาย ดังนี้

ก. อาหารหมวดคาร์โบไฮเดรต จำพวกแป้ง ได้แก่ ข้าว เผือก มัน ข้าวโพด ถั่วเขียว บะหมี่ ขนมปัง มะกะโรนี เป็นต้น อาหารจำพวกแป้งนี้ จะมีใยอาหารอยู่ด้วย โดยเฉพาะข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต ธัญพืช หรือขนมปังที่ทำจากแป้งที่ไม่ได้ขัดสี ซึ่งจะมีใยอาหารอยู่มาก ใยอาหารจะช่วยชะลอการย่อยและการดูดซึมอาหารจากลำไส้ ซึ่งช่วยลดน้ำตาลและไขมันในเลือดได้ (เทพ หิมะทองคำ, 2544) น้ำตาลชนิดต่าง ๆ เป็นคาร์โบไฮเดรตประเภทที่ไม่มีใยอาหาร ได้แก่ น้ำตาลทราย น้ำตาลปีบ น้ำหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มชนิดต่าง ๆ ที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ลูกกวาด เยลลี่ ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทนี้ เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจเป็นอันตรายได้ ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำอัดลม

1 กระป๋อง (325 มิลลิลิตร) ประกอบด้วยน้ำตาลประมาณ 9 ช้อนชา หรือประมาณ 150 กิโลแคลอรี และน้ำอัดลม 1 ขวด (280 มิลลิลิตร) ประกอบด้วยน้ำตาลประมาณ 7 ช้อนชา หรือ ประมาณ 120 กิโลแคลอรี (เทพ หิมะทองคำ, 2544)

ข. ผลไม้ ผลไม้แต่ละชนิดมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตไม่เท่ากัน ฉะนั้นผู้ป่วยควรรับประทานผลไม้สดที่มีรสไม่หวานจัด ซึ่งมีคาร์โบไฮเดรตน้อย ผลไม้ 1 ส่วนมี คาร์โบไฮเดรต 10 กรัม ให้พลังงาน 40 แคลอรี ปริมาณที่สามารถรับประทานได้ในแต่ละวันมีดังนี้ กล้วยหอม ½ ผล มังคุด 3 ผล แอปเปิ้ล 10 คำ ชมพู 2 ผล มะละกอสุก 6 คำ ฝรั่ง ½ ผล สับปะรด 6 คำ ส้มโอ 3 กลีบ ส้มเขียวหวาน 1 ผล พุทรา 2 ผล มะม่วงสุก ½ ผล ลิ้นจี่ 5 ผล (วิทยา ศรีดามา, 2543)

ค. อาหารหมวดโปรตีน ผู้ป่วยควรรับประทานร้อยละ 15 – 20 ของพลังงาน ที่ควรได้รับ ต่อวันควรเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เนื้อปลา โดยเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่เป็นก้อน ๆ ไม่ติดหนัง และมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ไต หรือ ไข่แดง เพื่อป้องกันระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพดี ได้แก่ โปรตีนจากไข่ขาว น้านม เต้าหู้ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า การรับประทานโปรตีนโดยไม่จำกัด ในขณะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผลทำให้ไตทำงานหนักขึ้น โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจะเร็วขึ้น ปริมาณที่สามารถรับประทานได้ในแต่ละมื้อมี ดังนี้ ประเภท เนื้อหมู ไก่ ประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ หรือปลา 1 ตัว เป็นต้น การควบคุมอาหารโปรตีนในระยะแรกที่เป็นโรค จะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

ง. อาหารหมวดไขมัน ควรได้รับร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน ผู้ป่วยที่มีไขมัน และไตรกรีเซอไรด์ในเลือดสูง ควรเลือกรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวที่ได้จากพืช ได้แก่ ข้าวโพด ดอกคำฝอย ดอกทานตะวัน ถั่วเหลือง ไม่ควรรับประทานน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม หรือ กะทิ ซึ่งที่กรดไขมันอิ่มตัวมาก และหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ทุกชนิด ควรเลือกรับประทานอาหาร ประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด ผัด และอาหารที่มีไขมันมากเช่น หมูสามชั้น ไก่ ตอน เป็ดพะโล้ หมูย่างทอดกรอบ หมูติดมัน ขาหมู ไข่แดง หรืออาหารทอด เช่น ปลาทอดโก๋ อาหาร ชุบแป้งทอด กล้วยทอด มันทอด เป็นต้น

จ. น้านม แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

น้ามนชนิดมีไขมัน น้ามนชนิดนี้ 1 ส่วน (1 ถ้วยตวง) มีโปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 10 กรัม ให้พลังงาน 170 แคลอรี ปริมาณที่สามารถรับประทานได้ต่อวันคือ น้านม สดจืด UHT 1 ถ้วยตวง (240 มล.) นมโยเกิร์ตไม่ปรุงแต่งรส 1 ถ้วยตวง (240 มล.) (วิทยา ศรีดามา, 2543)

น้ำมันชนิดพว่องมันเนย น้ำมันชนิดนี้ 1 ส่วน (1 ถ้วยตวง) มีโปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 120 แคลอรี นมพว่องมันเนยชนิดจืด 1 ถ้วยตวง (240 มล.) (วิทยา ศรีดามา, 2543)

ณ. อาหารหมวดวิตามินและเกลือแร่ จำเป็นต้องได้อย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทุกหมวดตามที่กล่าวมา ผู้ป่วยจะได้รับวิตามินและเกลือแร่อย่างเพียงพอ

การแนะนำอาหารที่ควรรับประทาน หรือหลีกเลี่ยง เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงสู่เกณฑ์ปกติ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสามารถแบ่งง่าย ๆ เป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด นมข้นหวาน น้ำผลไม้ ยกเว้นน้ำมะเขือเทศ ควรดื่มน้ำเปล่า น้ำชาไม่ใส่น้ำตาล ถ้าดื่มกาแฟไม่ควรใส่น้ำตาลหรือครีมเทียม ควรใส่นมจืดพว่องไขมันหรือน้ำตาลเทียมแทน ถ้าดื่มน้ำอัดลม ควรดื่มน้ำอัดลมที่ใส่น้ำตาลเทียมเช่น เป๊ปซี่แม็กซ์ (วิทยา ศรีดามา, 2543)

ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้ง ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีแคลอรีต่ำ นอกจากนั้นยังมีกากอาหารที่เรียกว่าไฟเบอร์ซึ่งทำให้การดูดซึมอาหารลดลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ แบ่งเป็น 2 ชนิด (วิทยา ศรีดามา, 2543) คือ

1. ชนิดละลายน้ำได้ (Soluble) เป็นไฟเบอร์ที่มีผลลดระดับน้ำตาลและอินซูลินในเลือด รับประทานร่วมกับอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงอาจเกิดจาก

1.1 ลดการดูดซึมโดยช่วยเพิ่มความหนืด และทำให้อาหารสัมผัสกับลำไส้ช้าลง ทำให้การดูดซึมช้าลง

1.2 ทำให้การตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น โมเลกุลสั้นซึ่งถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด และมีผลในการลดระดับน้ำตาลและกรดไขมันอิสระ อาหารที่มีไฟเบอร์ชนิดละลายน้ำได้ ได้แก่ แอปเปิ้ล ส้ม

2. ไฟเบอร์ชนิดไม่ละลายน้ำ (Insoluble) เป็นไฟเบอร์ที่ช่วยเพิ่มการรวมตัวของอุจจาระ ไม่มีผลในการลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง แต่เป็นอาหารที่มีแคลอรีต่ำ เป็นผลให้ลดจำนวนแคลอรีในอาหาร ทำให้น้ำหนักลดได้ พบมากในผักต่าง ๆ ปัจจุบันอาหารผู้ป่วยเบาหวานมีคาร์โบไฮเดรตสูงขึ้น เมื่อรับประทานร่วมกับไฟเบอร์โดยเฉพาะไฟเบอร์ที่ละลายได้ จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยแนะนำให้รับประทานอาหารไฟเบอร์ 20 - 40 กรัม/วัน

มะม่วง

47.5

มะละกอ

40.6

จะเห็นได้ว่าการชิมผลไม้ว่าหวานหรือไม่หวานนั้น อาจเข้าใจผิดว่าผลไม้ที่ไม่นั้นไม่มีปัญหาในการรับประทาน ผลไม้บางอย่างมีรสเปรี้ยวกลบรสหวานอยู่ ทั้งที่คุณสมบัติในการทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเท่าเทียมกับผลไม้รสหวาน เช่น สับปะรด ดังนั้นผลไม้ที่ไม่ควรรับประทานเนื่องจากไกลซีมิกอินเดกซ์สูง ได้แก่ ทูเรียน สับปะรด ลำไย เป็นต้น ผลไม้ที่รับประทานได้ประจำเนื่องจากไกลซีมิกอินเดกซ์ต่ำ ได้แก่ กล้วย มะละกอ เป็นต้น อาหารแบ่งเป็นอาหารหลักเลี้ยงยากจึงควรเลือกรับประทานกลุ่มที่มีไกลซีมิกอินเดกซ์ต่ำ เช่น วุ้นเส้น ถั่วเขียว บะหมี่ และหลักเลี้ยงกลุ่มที่มีไกลซีมิกอินเดกซ์สูงกว่าข้าวเจ้า เช่น ข้าวเหนียว ขนมปังขาว เป็นต้น (วิทยา ศรีมาดา, 2543)

นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ปริมาณอาหารในแต่ละวันให้เท่า ๆ กัน งดการรับประทานอาหารจุบจิบ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง นมข้นหวาน ถั่วคั่วกาแฟดำ ไม่ควรใส่น้ำตาล นมข้นหวานหรือครีมเทียม ควรใส่นมจืดพร่องไขมัน และควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีส่วนทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน หรือยาซัลโฟนิลยูเรีย (ADA, 1997: S16) ถ้าจำเป็นต้องดื่มไม่ควรเกิน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 มิลลิลิตร เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตรต่อครั้ง

การแบ่งมื้ออาหาร

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องใช้อินซูลิน ให้กินอาหารหลักวันละ 3 มื้อ โดยกระจายพลังงานตามมื้อเช้า เที่ยง เย็น เป็นร้อยละ 20 – 30 ร้อยละ 30 – 40 และ ร้อยละ 30 – 40 ตามลำดับ
2. ผู้ป่วยนี้ไม่ควรรับประทานพร่ำเพรื่อ ถ้าต้องการอาหารว่าง 1 - 2 มื้อ ให้แบ่งพลังงานมาจากมื้อหลัก
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องใช้อินซูลิน ต้องกินอาหารให้ตรงเวลา และปริมาณคงที่ โดยการกินอาหารหลักวันละ 3 มื้อ และอาจมีอาหารว่างอีก 1 - 3 มื้อ ตามความจำเป็น และตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีกระจายตัวของพลังงานเป็นมื้อเช้า มื้อเที่ยง และมื้อเย็นคิดเป็นร้อยละตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 20 – 30 ร้อยละ 20 – 40 และร้อยละ 20 – 40 และมื้อว่างมีพลังงานร้อยละ 10 ของพลังงานที่ควรจะได้รับในแต่ละวัน

สรุปในการควบคุมอาหารของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานนั้นมีความสำคัญมากเพราะจะต้องพิจารณาจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น ชนิด จำนวน อาหารแลกเปลี่ยน รวมถึงการปรุงอาหาร ดังนั้นญาติผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจในการจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน

3. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยให้มีการใช้พลังงาน โดยเฉพาะการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มของการใช้กลูโคสของหลอดเลือดส่วนปลาย ทั้งขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกายร่างกายจะต้องใช้พลังงาน และแหล่งพลังงานที่สำคัญที่สุดในร่างกายคือน้ำตาล หากออกกำลังกายให้เพียงพอ ร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลได้ นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังทำให้ร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น กล่าวคือ ด้วยอินซูลินปริมาณเท่าเดิม ร่างกายจะสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (เทพ หิมะทองคำ, 2544)

การเลือกชนิดของการออกกำลังกาย ควรเลือกให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของร่างกาย และความสนใจของผู้ป่วย ซึ่งการออกกำลังกายควรเริ่มด้วยการออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง เวลาใช้ประมาณ 30 - 40 นาที ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) เป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างเสริมความอดทน (Aerobic fitness) สามารถวัดโดยอัตราการใช้ออกซิเจนคิดเป็นร้อยละของอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุด ($VO_2 \max$) ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือในการวัด ทำให้ไม่สะดวกในทางปฏิบัติ จึงใช้อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจเป็นเกณฑ์ โดยให้ออกกำลังกายจนมีชีพจรเป้าหมายได้ร้อยละ 60 - 85 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ โดยอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ เท่ากับ 220 ลบด้วยจำนวนอายุเป็นปี (วรรณ นิธิยานันท์, 2539)

ข้อควรระวังของการออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรงดการออกกำลังกายทันทีและปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการต่อไปนี้

- เจ็บหน้าอก
- อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น หิว เหงื่อออก หรือใจสั่น
- ตาพร่ามัว หน้ามืด

โดยสรุปการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงลดลง มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งการออกกำลังกายมีหลายรูปแบบ ดังนั้นญาติควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายในรูปแบบที่เหมาะสมสามารถทำได้

4. การดูแลสุขภาพทั่วไป

4.1 สุขภาพผิวหนังการรักษาความสะอาดร่างกาย ผิวหนัง และการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะป้องกันอุบัติเหตุของแผลที่เท้าและลดความเสี่ยงต่อการถูกตัดขา สามารถป้องกันได้โดยการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาเท้า ปฏิบัติดังนี้

4.1.1 ตรวจสอบอย่างละเอียดทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้าบริเวณ เป็นจุดที่รับน้ำหนักและรอบเล็บเท้า เพื่อดูว่ามีรอยขีด บาดแผลหรืออักเสบหรือไม่ หากมีแผลต้อง รีบพบแพทย์ทันที

4.1.2 ถ้าผิวหนังแห้งหรือรอยแตกให้ทาด้วยวาสลีน

4.1.3 การตัดเล็บควรตัดด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันไม่ให้เล็บขบซึ่งอาจ

ถูกลาม

4.1.4 ป้องกันการบาดเจ็บและการเกิดบาดแผล โดยการสวมรองเท้าทุกครั้งที่ยอก
นอกบ้าน

4.1.5 หลีกเลี่ยงการตัด ดึง หรือการแกะหนังแข็ง ๆ หรือตาปลา ไม่ควรซื้อยาแก้
ลอกตาปลามาใช้เอง

4.1.6 หลีกเลี่ยงการใช้ของร้อน ๆ วางที่เท้า

4.1.7 ถ้ามีตุ่มหนอง มีบาดแผล หรือการอักเสบที่เท้าควรปรึกษาแพทย์อย่าใช้เข็ม
บ่งเองหรือใช้ทิชชูเช็ดเท้า ใช้น้ำเกลือหรือน้ำสะอาดล้างเท้าให้สะอาด ใช้น้ำสบู่ และ
น้ำสะอาดแล้วปิดแผลด้วยผ้าก๊อซที่สะอาดปลอดเชื้อ

4.1.8 ควรบริหารเท้าและขา จะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น โดยปฏิบัติ
เป็นประจำทุกวัน มาเลี้ยงที่เท้าได้ดี

4.2 สุขภาพช่องปาก

4.2.1 ผู้ป่วยเบาหวานควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและก่อนนอน
บ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง โดยพยายามบ้วนเอาเศษอาหารที่ค้างในปากออกให้หมด

4.2.2 ตรวจสอบสุขภาพฟันและช่องปากทุก ๆ 6 เดือน และรักษาโรคฟันและ
เหงือก

4.3 สุขภาพตา โรคเบาหวานอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางตาได้ง่าย ทั้งต้อกระจก
และการเสื่อมของจอรับภาพตา จึงควรพบจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง ถ้ามีอาการผิดปกติทางตา
เช่น ตามัว ควรปรึกษาจักษุแพทย์ทันที

4.4 สุขภาพอื่น ๆ

4.4.1 การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอวันละ 6 – 8 ชั่วโมง

4.4.2 หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์เพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

4.4.3 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และงดอาหารไขมัน เพราะเป็นปัจจัย
ส่งเสริมให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบเร็วขึ้น

4.4.4 ดูแลตนเองเมื่อเกิดบาดแผล

4.4.5 สวมเสื้อผ้าสะอาดเปลี่ยนทำความสะอาดทุกวัน หลีกเลี่ยงสวมชุดชั้นในที่รัดแน่นเกินไป และหลีกเลี่ยงนั่งไขว่ห้างหรือนั่งยอง ๆ เป็นเวลานาน ๆ เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก

5. การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ควรได้รับการตรวจร่างกาย และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ ๆ ตามสภาวะของโรค ถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ตรวจสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวาน ตรวจหาความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และทราบผลการควบคุมโรค ผู้ป่วยสามารถสอบถามปัญหาข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ทราบข้อเท็จจริง ได้รับกำลังใจ และคำแนะนำการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง สิ่งที่สำคัญของการตรวจตามนัดคือ การรับยาบางครั้งแพทย์จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนขนาดยาตามภาวะของโรค เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยโดยตรงจากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถดำรงชีวิตได้ปกติสุขโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานนั้น นอกเหนือจากการรักษาโดยการให้ยาแล้ว สิ่งที่สำคัญยิ่ง ก็คือผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไปรวมถึงการมาตรวจตามนัด จึงจะสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี

แนวคิดการมีส่วนร่วม

ได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้หลายลักษณะ ได้แก่ ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคมเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในสมาชิกสังคม จากความหมายนี้การมีส่วนร่วมประกอบด้วย

1. การเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเกี่ยวข้องทั้งตัวตน ไม่ใช่เฉพาะเพียงเกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย หรือทักษะ กล่าวคือ ผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีส่วนเกี่ยวข้องทางจิตใจไม่เพียงแต่เฉพาะด้านการงาน

2. การกระทำให้ เมื่อผู้มีส่วนร่วมได้บังเกิดความเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์แล้ว ก็เท่ากับเปิดโอกาสให้เขาแสดงความคิดเห็น ริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ด้วยเหตุนี้การมีส่วนร่วมจึงเป็นมากกว่าการยินยอมที่จะกระทำตามคำสั่งซึ่งเป็นการกระทำโดยปราศจากการยินยอม พร้อมใจและความริเริ่มสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมจึงเป็นความสัมพันธ์ทางอารมณ์และจิตใจที่มีการติดต่อสื่อสารทั้งไปและกลับระหว่างบุคคลนั้นและกลุ่ม

3. การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เมื่อเกิดการเกี่ยวข้องด้านจิตใจ อารมณ์และได้กระทำการให้สถานการณ์กลุ่มนั้นแล้ว ผู้มีส่วนร่วมจะเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มนั้นด้วย เพราะการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับกลุ่ม และต้องการเห็นผลสำเร็จของการทำงานนั้นด้วย จึงเกิดความรู้สึกรับผิดชอบกับกลุ่ม

ไพรัช เชชะรินทร์ (2526) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปส่วนบุคคล ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัครต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายพัฒนาที่กำหนดไว้ คือ

1. ร่วมทำการศึกษา ค้นคว้าปัญหา และสาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหา และสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไข และลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสื่อใหม่ ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ไขปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล
6. ร่วมลงทุนในกิจกรรม โครงการชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอด

ไปยวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วม ได้คิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจในการปฏิบัติและรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาพัฒนาชุมชนว่ามนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจด้วยว่ามนุษย์นี้สามารถพัฒนาได้ ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะที่ถูกต้อง

วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน (2531) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นแตกต่าง จากความร่วมมือ กล่าวคือ การร่วมมือต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ คนอื่นที่เข้าร่วมนั้นถือเป็นการให้ความร่วมมือ การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงจะต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา จึงหมายถึง การให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในกิจกรรมของโครงการและดำเนินการทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ การใช้ประโยชน์ และการประเมินผล

เออร์วิน (Erwin, 1976) ให้แนวคิดการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ปัญหาของตนเอง ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชนร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาและสนับสนุนผลการปฏิบัติขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาความหมายของการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการหลายท่านพอสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องของบุคคลทางด้านจิตใจ และอารมณ์ในสถานการณ์เดียวกัน กระบวนการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่อง โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หาวิธีแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และความต้องการของประชาชนในชุมชน ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานก็ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวในการดำเนินงานเช่นกัน

ลักษณะของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการหลายท่านได้แบ่งประเภทลักษณะการมีส่วนร่วมไว้แตกต่างกัน ดังนี้ ปาริชาติ วลัยเสถียร (อ้างใน Cohen and Uphoff, 1980) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
 2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานความร่วมมือ
 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ ด้านวัสดุ ด้านสังคม และส่วนบุคคล
 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)
- ไวท์ (White, 1982) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติที่หนึ่ง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะไรควรทำอย่างไร

มิติที่สอง มีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา ลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ

มิติที่สาม มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงาน

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมรับผิชอบ กล่าวคือการมีส่วนร่วม คือ การร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน และความรับผิดชอบ

ความร่วมมือร่วมใจ หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะมาทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

การประสานงาน หมายถึง ห่วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมหรือการทำงาน

ความรับผิดชอบ หมายถึง ความรู้สึกผูกพันในการทำงานและการกรทำให้เชื่อถือไว้วางใจ การมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Teamwork)

ยาดาฟ (Yadav,1979) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนิน โครงการและแผนการ
3. การเข้าไปมีส่วนร่วมในการควบคุมและประเมิน โครงการพัฒนา
4. การเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของการพัฒนา

องค์การอนามัยโลก (ทวิทอง หงส์วิวัฒน์, 2548 อ้างอิงใน WHO/UNICEF, 1978) ได้เสนอรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planing) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล และประการสำคัญ คือ การตัดสินใจ
 2. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการ และการบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงินและการบริหาร
 3. การใช้ประโยชน์ (Utilization) ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและควบคุมทางสังคม
 4. การได้รับประโยชน์ (Obtaining benefits) ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน ซึ่งจะเป็นส่วนตัวในสังคมหรือรูปวัตถุก็ได้
- สรุปได้ว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมมีหลายลักษณะขึ้นอยู่กับกรจำแนก สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมประกอบด้วย การมีส่วนร่วมการวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินการ โครงการหรือกิจกรรม และการติดตามประเมินผล

3. ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ มีผู้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมไว้ คือ

สมยศ แสงหิ่ฮ้อย (อ้างใน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2530) กล่าวถึง ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาว่าการเข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาของประชาชนนั้นเกิดจากความเกรงใจหรือถูกบีบบังคับจากผู้มีอำนาจ ภาครัฐ ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นบ้าง มิใช่เพียงใช้แรงงานอย่างเดียว เจ้าหน้าที่มักครอบงำและกำหนดเป้าหมายการพัฒนาเอง ส่งผลให้ประชาชนปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรม ในการพัฒนาระบบราชการไม่ได้ จึงเกิดความล้มเหลว

สมยศ แสงหิ่ฮ้อย (อ้างใน อนุพงศ์พัฒนจักร, 2535) ได้จำแนกอุปสรรคและปัญหาของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. อุปสรรคที่เกิดจากหน่วยงานของรัฐ ซึ่งเป็นศูนย์รวมอำนาจทั้งด้านนโยบาย กระบวนการตัดสินใจ กระบวนการวางแผนและดำเนินงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ของรัฐเคยติดต่อสื่อสารกับคนในกลุ่มเดียวกัน จึงใช้ภาษาเทคนิคของตนแล้วตีความว่าประชาชนเข้าใจ ส่วนการดำเนินงานและการประเมินผล โครงการ เจ้าหน้าที่องค์กรของรัฐก็มีฐานความคิดว่า โครงการหรือกิจกรรมต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยไม่คำนึงถึงการพัฒนาคนในชุมชนและไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนรับรู้หรือเกี่ยวข้องแต่อย่างใด ส่วนการปรับเปลี่ยน โยกย้ายตำแหน่งและประสิทธิภาพความรับผิดชอบต่องานพัฒนาของเจ้าหน้าที่รัฐ ก็ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชนโดยตรง

2. อุปสรรคที่เกิดจากชุมชน เนื่องจากการพัฒนาที่ผ่านมาชุมชนยังขาดความพร้อมและมีข้อบกพร่องหลายอย่าง เช่น การขาดองค์กรท้องถิ่นที่เหมาะสม จึงขาดผู้อุทิศตนและอุทิศเวลาแก่งานของชุมชนอย่างเต็มที่ จนขาดทักษะการทำงาน ขาดการติดต่อสื่อสารที่ดี ประชาชนได้รับความรู้ไม่เพียงพอ จึงเกิดปัญหาการสื่อความหมาย การขอความคิดเห็นและความคิดริเริ่มใหม่ๆ อันเนื่องความแตกต่างในกลุ่มชนและเศรษฐกิจในชุมชนก่อให้เกิดการแตกแยกทางความคิดค่อนข้างมากต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

3. อุปสรรคที่เกิดจากทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการเมือง ด้านกฎหมายและระบบราชการ ผลจากอุปสรรคเหล่านี้จะทำให้กิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่อยู่ในแผนกิจกรรมทางราชการ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

ความหมายของผู้ดูแล จำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย (Horowitz, 1985 อ้างใน จอม สุวรรณ โณ, 2540)

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือหน่วยงานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่นั้นได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้ดูแลน้อยกว่า

ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลทั้งสองลักษณะร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดแบ่งความรับผิดชอบ ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นสมาชิกในครอบครัวนั่นเอง การกำหนดว่าใครคือผู้ดูแลหลักหรือรองนั้น จะต้องพิจารณาถึงความพร้อมทั้งด้านเวลา อีกทั้งความเหมาะสมในแง่อื่น ๆ เช่น ความสามารถในการดูแล ความสามารถในการเดินทาง ภาระหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น การตัดสินใจว่าใครคือผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตรเพศหญิงวัยกลางคนที่ให้การดูแลบิดามารดา ซึ่งมีความบกพร่องด้านร่างกาย หรือการดูแลผู้สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรังก็มักเป็นหน้าที่ภรรยามากกว่าสามี นอกจากนี้พบว่าเพศหญิง 7 ใน 10 คนต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (Demnases & Perry, 1993 อ้างใน ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและผู้ป่วยมีอายุ ตั้งแต่ 35 – 65 ปี ผู้ดูแลทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ ในเรื่องการจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยบริโภค การรับประทานยาของผู้ป่วย และการส่งเสริมการออกกำลังกาย

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อเนื้อที่บ้าน หากผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาได้ แต่ถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลอย่างถูกต้อง

เหมาะสม และต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งแม้ว่าการดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย หรือเคยทำอยู่เป็นประจำ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งอยู่ในสถานะต้องพึ่งพิง ความต้องการการดูแลจึงมีความซับซ้อนกว่าปกติ ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการให้การดูแลปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

2. การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษา ประกอบด้วย

2.1 การประเมินสุขภาพผู้ป่วย และการบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วย อาการแสดงของผู้ป่วยคร่าว ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบความผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อระบบต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร้อมความสามารถในการดูแลควบคุมตนเอง (Self monitoring) หรือขาดความสามารถในการสังเกตตนเอง (Self observation) เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้การประเมินสุขภาพผู้ป่วยในระบบต่าง ๆ อย่างคร่าว ๆ โดยผสมผสานการตรวจร่างกายภายนอก ร่วมกับการสังเกตอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ

การประเมินอาการ และการบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วยประจำวัน นอกจากเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้วยังเป็นการประเมินตนเอง (Self evaluation) ของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เช่น การบริโภคอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยา สังคมชาวสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค ทั้ง ๆ ที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย เนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขในระบายนั้น (ค.ศ. 1950 - 1960) เน้นการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา เบคเกอร์ (Becker, 1974) โดยมีข้อสมมติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ) ภายใต้อาณัติเฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และ

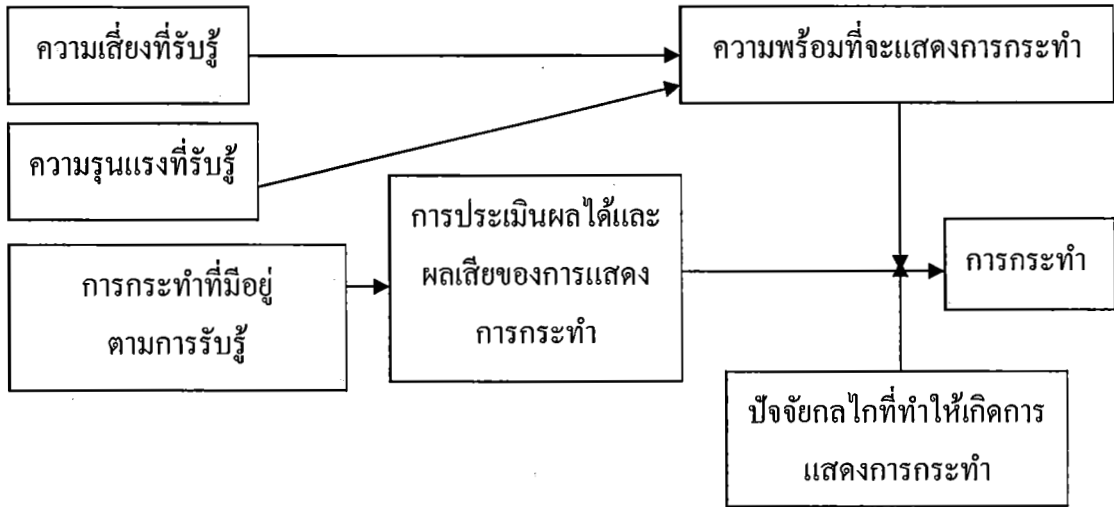
มีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่า การรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532) เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรักษา

พื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถาน (Field Theory) และทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) ของเคิร์ท เลวิน โดยทฤษฎีกล่าวว่า บุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้เชิงบวก (Positive Value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้น่านิยมน้อยลง (Negative Value) โดยเลวิน มีความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้น่านิยมน้อยลง และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณดังกล่าว แต่จะหันเหตนเองเคลื่อนไปสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นค่าเชิงบวก นอกจากนี้ เลวินยังเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใด ๆ เกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับตัวแปร 2 ประการ คือ ประการแรก คือ การที่บุคคลประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประการที่ 2 คือ การประเมินผลลัพธ์ออกมา ซึ่งตัวแปรทั้งสอง จะมีแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการที่แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพถูกเสนอขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจภายใต้เงื่อนไขขาดความแน่นอน (Decision – Making Under Condition of Uncertainty) เงื่อนไขทฤษฎีที่เป็นหลักการของรูปแบบนี้ มี 2 ประการด้วยกัน คือ

1. บุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรม (Readiness to Take Action) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพ ถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น (Perceptions of Susceptibility and Severity)
2. บุคคลจะประเมินประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลได้เสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้ และให้น้ำหนักกลับกับอุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์ ดังภาพประกอบ 2



ภาพที่ 2 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ

นอกจากนี้ Rosenstock ยังกล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง
3. การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

ดังนั้น Rosenstock จึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคต่อมา เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายหรือนำพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันโรค ภายหลังจากนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค จนเป็นที่ยอมรับแล้ว Becker จึงได้นำมาปรับปรุงใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อที่ได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น

บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น Becker จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการกระทบ กระเทือนฐานะทางสังคมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้เจนและเบคเกอร์ ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างปี ค.ศ. 1974 – 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย และเจนและเบคเกอร์ ได้สรุปการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ไม่สบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้น การรับรู้ต่ออุปสรรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ในทางบวก สภาพของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่น นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ปัจจัยทางด้านประชากร โครงสร้าง ทักษะคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุน ในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน

การนำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้

มาลินี จรูญธรรม (2542) ได้จัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มทดลอง ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคคอเนื้อ ที่จะเข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีธรรมดา หรือร่วมกับการปลูกเนื้อเยื่อตาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 40 คน โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยายซักถามและอภิปรายกลุ่ม การทำสัญญาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสาธิตและฝึกปฏิบัติหยอดตาและปิดตาอย่างถูกวิธี รวมทั้งให้ญาติเป็นผู้กระตุ้นเตือนและให้การช่วยเหลือแก่กลุ่มทดลอง ผลการทดลองพบว่า กิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตาม

คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และมีการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

พงษ์พันธ์ อันตะริกานนท์ (2544) ได้จัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบด้วยสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 25 – 59 ปีและไม่เคยตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก รวมทั้งไม่ได้ตั้งครรถ์ขณะเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยกิจกรรมบรรยายภาพพลิก วิดีทัศน์ การเสวนากลุ่ม และแจกแผ่นพับ นอกจากนี้สตรีกลุ่มทดลองยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสตรี (ที่แต่งงานแล้วและเคยตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก) ให้ไปตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ผลการทดลองพบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ภายหลังการทดลองร้อยละ 71.2 ไปตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 35.0 เท่านั้นที่ไปตรวจ

สรุปการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีส่วนทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพดีขึ้น สำหรับองค์ประกอบที่จะไปประยุกต์ใช้อาจใช้ 3 หรือ 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำก็ได้ หรือแล้วแต่ผู้นำไปใช้จะพิจารณาตามความเหมาะสม

แนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล (2522) กล่าวถึงความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่า หมายถึง ที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพอใจในความสัมพันธ์กันและกัน เรียกว่า เกิดปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การปฏิบัติสัมพันธ์นี้เองที่ช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในระหว่างกัน และผลลัพธ์ประการต่อมา คือ ทำให้แต่ละคนเป็นแรงจูงใจให้แก่กันและกัน และมีความเอื้ออารีต่อกันอีกด้วย ผลรวมของประสบการณ์ย่อมเกิดเป็นพลังของกลุ่มที่มีทิศทาง มีความเร็วและปริมาณอยู่ในตัวของมันเอง สมาชิกแต่ละคนจะเกิดความรู้สึกสำเร็จในการดำเนินการร่วมกัน ซึ่งนับเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่ง ที่ถือได้ว่าเป็นที่มาแห่งความพึงพอใจอันเป็นตัวการสำคัญที่จะช่วยให้ได้มาซึ่งการทำงานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

จุทา บุรีภักดี (2527) กล่าวถึง กระบวนการกลุ่ม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกที่มีต่อกัน เพื่อที่กระตุ้นให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมไปสู่เป้าหมายอันเป็นของกลุ่มและสมาชิกด้วยคุณค่าของกระบวนการกลุ่ม

สาเหตุแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการรวมกลุ่ม

1. มาจากความชอบพอกันเป็นการส่วนตัวระหว่างสมาชิกด้วยกัน
2. มาจากการถูกชักชวนหรือชักจูงไป
3. มาจากความพอใจในอุดมการณ์ของกลุ่มนั้น หรืออุดมการณ์ตอบสนองอุดมการณ์

ของตน

4. มาจากความพอใจในกิจกรรมของกลุ่ม
5. มาจากความพอใจในที่จะปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งเป็นกลุ่มสมาชิก
6. มาจากความต้องการตอบสนองทางด้านจิตใจ

ระยะการพัฒนาของกลุ่ม

1. ระยะการก่อตั้ง (Forming Stage) เป็นระยะที่คนเพิ่งค้นพบกันหรือมารวมตัวกัน สภาพของกลุ่มยังรวมไม่ติดกัน ทุกคนยังสงวนท่าที แต่คาดว่าคนจะเป็นหัวหน้า หรือผู้นำได้จะต้องเก่งกว่าตน บางที่อาจเรียกว่า ระยะที่มีการแข่งขัน และศูนย์กลางที่อยู่ที่ตนเอง (Individually Center or Competitive Phase)
2. ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (Storming Stage) เป็นระยะที่แต่ละคนยังไม่ยอมตกลงกัน คอยจับผิดและตอบโต้แย้งได้เถียงกัน ความรู้สึกของสมาชิกจะคับข้องใจหรือขัดแย้งในใจ เพราะไม่ว่ากลุ่มจะเอาอย่างไรดี บางที่อาจเรียกว่า ระยะแห่งความขัดแย้งหรือความคับข้องใจ (Conflict and Frustration Phase)
3. ระยะยินยอม (Norming Stage) เป็นระยะที่สมาชิกได้แนวคิดหรือบรรทัดฐานที่เป็นกลางของกลุ่มมากขึ้น ทุกคนพยายามปฏิบัติตาม บางที่เรียกว่า ระยะกลุ่มมีความสามัคคีกลมเกลียว (Group Harmony Phase)
4. ระยะปฏิบัติการ (Performing Stage) เป็นระยะที่สมาชิกร่วมมือประสานงานกัน เป็นอย่างดี สามารถดำเนินการไปตามเป้าหมายของกลุ่ม มีผลงานของกลุ่มออกมา สมาชิกจะยึดพลังของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ อดทนต่อการขัดแย้งมากขึ้น ช่วยให้พัฒนาตนเองไปด้วย บางที่เรียกว่า ระยะที่มีผลงานและยึดกลุ่มเป็นศูนย์กลาง (Group - Centered Productive Phase)

ลักษณะของกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเกิดขึ้นต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของสมาชิกในกลุ่มและการกระทำหรือแสดงบทบาท (Role) ตามหน้าที่เพื่อพากลุ่มเป้าหมาย (Goal) โดยอาศัยปัจจัยอื่น ๆ เป็นองค์ประกอบด้วย ได้แก่ ปทัสถาน (Norm) ของกลุ่ม และแรงยึดเหนี่ยวของกลุ่ม (Cohesiveness)

ประสิทธิภาพของกลุ่ม

ลักษณะโครงสร้างของกลุ่มที่มีผลเกี่ยวข้องกับควมมีประสิทธิภาพของกลุ่ม

1. ความมีประสิทธิภาพส่วนหนึ่งของกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะทางโครงสร้างของกลุ่มในแง่

1.1 ขนาดของกลุ่ม

1.2 ส่วนประกอบของกลุ่ม

1.3 ระดับชั้นตำแหน่งสถานะภายในกลุ่ม

1.4 แนวทางการติดต่อกันระหว่างภายในกลุ่ม

2. ประสิทธิภาพของกลุ่ม อีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันของสมาชิกในแง่

2.1 แนวความคิดเป็นผู้นำ

2.2 แรงจูงใจในการพึ่งพาซึ่งกันและกัน

2.3 มิตรภาพที่มีต่อกันในหมู่สมาชิก

เทคนิคเกี่ยวกับกลุ่ม

1. เทคนิคสังคมมิติ

2. การอภิปรายกลุ่ม

3. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

4. เทคนิคการแก้ปัญหาเป็นกลุ่ม

5. การแสดงบทบาทสมมติ

ข้อดีของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

1. นักเรียนไม่ค่อยมีโอกาสดำเนินการหรือจะมีส่วนร่วมในการเรียนมาก

ขึ้น

2. นักเรียนมีโอกาสสนใจในเนื้อหาวิชา โดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และเกิดการเรียนรู้ และค้นพบด้วยตนเอง ไม่ใช่เป็นเพียงผู้รับฟังเท่านั้น

3. การเรียนจะสนองความต้องการของผู้เรียน ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจใคร่รู้

อย่างจริงจัง

4. ผู้เรียนมีความรับผิดชอบในการเรียนมากขึ้น โดยผู้เรียนต้องร่วมมือกับครูในการกำหนดเนื้อหา และความต้องการในการเรียน รวมทั้งเป็นผู้แสดงออกอย่างจริงจัง

5. ผู้เรียนต้องใช้ความสามารถจากความรู้ที่ตนมีอยู่และจากที่อื่น ๆ มาใช้ในการเรียนของตน

6. ผู้เรียนสามารถเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาทั้งหลายที่เกิดขึ้นในชั้นเรียน และประสบ การณ์ในชีวิตจริงได้อย่างจริงจัง

7. ครูเปลี่ยนบทบาทจากการพูด การบอก การออกคำสั่ง การขู่เชิญลงโทษมาเป็นผู้ช่วยเหลือ ลดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้ให้นักเรียนสามารถค้นหาคำตอบ และเกิดความเข้าใจผลการเรียนรู้ โดยวิธีนี้จะมีความหมายต่อผู้เรียนเป็นอย่างยิ่ง

8. ผู้เรียนสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ตนได้ค้นพบด้วยตนเองนี้ ไปปรับปรุงแก้ไข พฤติกรรมของตนเองได้ต่อไป ทั้งนี้ เพราะการค้นพบความจริงใด ๆ ด้วยตนเองนี้ ผู้เรียนมักจะจดจำได้ดี และมักจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากกว่าการเรียนรู้จากคำบอกเล่าของผู้อื่น

9. เป็นการช่วยให้นักเรียนเกิดความเข้าใจ และได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีพ สามารถร่วมคิดและร่วมทำงานกับผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10. เป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างครูกับนักเรียน และระหว่างกลุ่มนักเรียนการเรียนการสอนโดยวิธีการของกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ ก่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความสามัคคี และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา

ข้อควรระวังในการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การเรียนการสอน โดยวิธีของกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์มีผลดีเป็นอันมากดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม การสอนโดยวิธีนี้อาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร ถ้าครูไม่สามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เป็นไปตามเป้าหมาย

ในการสอนโดยใช้วิธีการกลุ่ม กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ ครูมีหน้าที่ประสานงาน หรือนำกลุ่มมากกว่าเป็นผู้บอกวิชาความรู้ให้แก่ผู้เรียน ครูต้องเป็นผู้ฟังมากกว่าพูด ถามมากกว่าตอบ ประสานงานมากกว่าบงการ และกระตุ้นให้ผู้เรียนมีบทบาทมากกว่าที่ครูแสดงเสียเอง ดังนั้น ครูจะต้องมีบทบาทดังต่อไปนี้ คือ

1. เข้าใจปัญหา ความต้องการ จุดมุ่งหมาย และทัศนคติของนักเรียนที่แสดงออกมาและให้ความสนใจแก่นักเรียนเป็นส่วนตัว ซึ่งจะทำให้ครูและนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

2. ให้ความสะดวกในการทำงานร่วมกันในกลุ่ม โดยจัดกิจกรรมและสภาพการณ์ที่จะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความคิด และร่วมกันทำงานต่างๆ อย่างสนุกสนาน

3. เน้นผู้เรียนเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำงานร่วมกัน รวมทั้งการแนะแนววิธีการทำงานให้ด้วย

4. ให้ความช่วยเหลือและจัดบรรยากาศที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดีที่สุดครูจะให้คำแนะนำช่วยเหลือเมื่อต้องการ

5. ให้กำลังใจและกระตุ้นให้นักเรียน เกิดกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น อิสระ และแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

6. ครูจะเป็นเพียงผู้ทำหน้าที่ประสานให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปด้วยดีเท่านั้น และไม่ถือเอาการตัดสินใจของครูเป็นใหญ่

คุณค่าของกระบวนการกลุ่ม

ในการดำเนินการกระบวนการกลุ่มนั้น มีสิ่งที่เกิดขึ้นสองอย่าง อย่างหนึ่งความสำเร็จของกลุ่มหรือเรียกว่าเป็นผลผลิตของกลุ่ม (Product) อีกอย่างหนึ่ง คือ กระบวนการทำงานของกลุ่ม (Process) เพราะในขณะที่ดำเนินงานของกลุ่มเกิดการปฏิสัมพันธ์ บุคคลจะมีความเจริญงอกงาม มีการแก้ปัญหา มีความร่วมมือกัน ซึ่งในส่วนนี้ในเรื่องกระบวนการกลุ่มคือหัวใจสำคัญ จะมองข้ามไม่ได้เลย จึงอาจสรุปได้ว่า เรื่องกระบวนการกลุ่ม มีความสำคัญเท่ากับหรือมากกว่าผลผลิตของกลุ่มเสียอีก ดังนั้น คุณค่าของกระบวนการกลุ่มจะอยู่ในขณะที่ดำเนินงานกลุ่ม บุคคลในกลุ่มหรือกลุ่มเองจะได้รับการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้น

สรุปในเรื่องกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษารายละเอียดเพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่มที่เหมาะสม ในเรื่องขนาดของกลุ่มและระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการกำหนดรายละเอียดการจัดกิจกรรม กลุ่มย่อย ซึ่งเป็นกิจกรรมในวิจัยครั้งนี้ คือ การจัดกิจกรรมสุขศึกษา ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางการแก้ไขซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างถูกต้องและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม SMM Hazavehei, G Sharifirad, S Mohabi (2007) ศึกษาผลการทดลองการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง พบว่า ระดับคะแนนความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติการดูแลเท้า ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน วิจัยเชิงปฏิบัติการในผู้ป่วยเบาหวานชุมชนหมู่ที่ 9 ตำบลกระดังงา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเพิ่มการรับรู้อันตรายของโรค การดูแลตนเองและการใช้ประโยชน์จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรสุขภาพ ครอบครัวร่วมดูแลการใช้ยาเบาหวาน และการเยี่ยมบ้านมีผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารการรับประทานยา การดูแลตนเองและการดูแลเท้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินกิจกรรม ($p\text{-value} < 0.05$)

เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่ (2552) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหวน 30 จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม พบว่า กระบวนการกลุ่มมีผลทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุดมลักษณ์ เชื้อแก้ว (2551) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วย จำนวน 47 คน สถานีนอนามัยบ้านศรีอุดมตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มอบรม การประชุมระดมความคิด โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของญาติ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร อยู่ระดับดี ร้อยละ 63.8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อนิสา อรัญศิริ (2551) ศึกษาถึงผลการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่า ก่อนทดลอง และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวิทย์ สุทธิอำนาจกุล และสมตระกูล ราศิริ (2550) ศึกษาวิจัย ผลของโปรแกรมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่ง

อินชูลิน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่อยู่ละแวกบ้านเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน กลุ่มทดลอง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการรูปแบบปกติของคลินิกเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดต่อโรคเบาหวาน และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่ได้รับบริการรูปแบบปกติของคลินิกเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จงจิต บุญอินทร์ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเขตอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน หลังทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ไพโรจน์ ชมชู (2552) ได้ศึกษาโปรแกรมสุขภาพศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในชุมชนเขตเมือง ของสถานีนามมายางเขนหมู่ที่ 7 ตำบลบางเขน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแรงสนับสนุนทางสังคมดีขึ้นก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ (2551) ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติในการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมสุขภาพศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 61 คน เป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีพฤติกรรม

ปฏิบัติตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และใช้การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว ชุมชน
2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานนั้น นอกจากการรับประทานยาแล้ว สิ่งที่จะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการระวังอาการแทรกซ้อน
3. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน
4. การรับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการเสริมสร้างพลังในตัวผู้ป่วยเองและการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
5. งานวิจัยของโรคเบาหวานที่ศึกษา มักเกี่ยวกับการหาทวิวิธี รูปแบบการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการให้ความรู้

จากการศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีผู้เกี่ยวข้อง คือ บุคลากรด้านสาธารณสุข ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้วิจัยมีแนวคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประเมินจากระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น มีความเชื่อด้านสุขภาพดีขึ้น เป้าหมายคือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุให้พิการหรือเสียชีวิต โดยการใช้การมีส่วนร่วมจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยช่วยสนับสนุนดูแลและกระตุ้นการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และเอาใจใส่คอยช่วยเหลือ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีผลให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตบรรลุมุ่งหมายที่วางไว้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม แยกเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ซึ่งในกลุ่มทดลองจะดำเนินการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ไปไปตามปกติ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง หลังการทดลอง (Two Groups Pretest – Posttest Research) และติดตามผลหลังการทดลองทันที 2 สัปดาห์ รายละเอียดการดำเนินการวิจัยแสดงดังภาพที่ 3

	ก่อนทดลอง	ให้ทดลอง	หลังทดลองทันที	หลังติดตาม
กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂	O ₃
กลุ่มเปรียบเทียบ	O ₄	~X	O ₅	O ₆

ภาพที่ 3 รูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนหลัง

เมื่อ X = ให้การทดลองด้วยโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติ

~X = ให้การทดลองการมีส่วนร่วมของญาติตามปกติ

O = วัดตัวแปรที่ศึกษา

O₁ O₄ = เก็บข้อมูลความตระหนัก, การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด

ก่อนทดลอง

O₂ O₅ = เก็บข้อมูลความตระหนัก, การปฏิบัติ ระดับน้ำตาลในเลือดและความ

พึงพอใจหลังทดลอง

O₃ O₆ = เก็บข้อมูลความตระหนัก, การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด

หลังติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาและรับยาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 17 แห่งญาติผู้ป่วย จำนวน 4,619 คน โดยมีลักษณะประชากรดังต่อไปนี้

- 1.1 เป็นญาติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 140 mg/dl
- 1.2 เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ศึกษา
- 1.3 เป็นญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดรับประทาน
- 1.4 ญาติอายุระหว่าง 18 – 69 ปี (ผู้ป่วยอายุ 35 – 65 ปี)
- 1.5 สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ (เขียนชื่อ นามสกุล เขียนตัวเลขไทย) และสามารถตอบคำถามได้โดยไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การพูด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

1.6 เป็นญาติผู้ป่วยที่สามารถให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร(Dawson-Saunders & Trapp, 1994, p. 120) ดังนี้

$$n = 2 \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta) \sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

α = ระดับนัยสำคัญ ในที่นี้กำหนดให้ 5 %

β = ความเชื่อมั่น ในที่นี้กำหนดให้ 95 %

Z_α = ค่าอัตราส่วนวิกฤต (Critical Ratio) ของพื้นที่ใต้โค้งปกติ ณ จุดรับ

นัยสำคัญที่กำหนด 5 % สองหางเท่ากับ 1.96

Z_β = ค่าอัตราส่วนวิกฤตของพื้นที่ใต้โค้งปกติด้านน้อย ณ จุดความเชื่อมั่นที่

กำหนด 95% เท่ากับ 1.64

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มทดลอง

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่า σ และ μ หาได้จากการศึกษาของเสาวลักษณ์ ศรีคาเกษ และจิรพงศ์ วสุวิภา (2553) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังทดลอง กลุ่มทดลอง (30 คน) มีพฤติกรรมการปฏิบัติเฉลี่ย 61.47 และ S.D.=3.77 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (30 คน) มีพฤติกรรมการปฏิบัติเฉลี่ย 56.90 และ S.D.= 5.97 ฉะนั้น จึงได้ $\sigma = (3.77+5.97)/2 = 4.87$, $\mu_1 = 61.47$ และ $\mu_2 = 56.90$

แทนค่าในสูตร

$$n = 2 \left[\frac{(1.96 + 1.64)4.87}{61.47 - 56.90} \right]^2$$

$$n = 17.17$$

การศึกษาครั้งนี้ ต้องใช้ตัวอย่าง ไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 18 คนแต่ผู้ศึกษาขอใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง แบ่งผู้ป่วยตามทะเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีทั้งหมด 17 แห่ง สุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากมา 2 แห่ง จับครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง จับครั้งที่ 2 ได้กลุ่มเปรียบเทียบ ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดหว้า คัดเลือกผู้ป่วยในแต่ละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ตกเป็นตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาเหลือเท่าใดจับฉลากมาแห่งละ 22 คน เพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แผนการอบรม 2 ครั้ง โดยการจัดกิจกรรม 2 สัปดาห์ ดังนี้

1.1 แผนการอบรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 ของการทดลอง) แผนเพื่อพัฒนาทัศนคติ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (90 นาที)

เป็นแผนการอบรมที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น การปรับเปลี่ยนทัศนคติ ประกอบด้วย การแสดงความคิดเห็นต่อผลดีและผลเสียในการดูแลที่แตกต่างกัน เกิดความตระหนัก และมีทัศนคติถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกต้อง มีการพัฒนาความรู้เดิม หรือสอนองค์ความรู้

ใหม่ ๆ ให้ผู้ดูแลนำไปผนวกกับความรู้เดิม ประกอบกับสื่อการสอนซึ่งผู้ดูแลจะได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้คือ มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นจากประสบการณ์เดิมและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

1.2 แผนการอบรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4 ของการทดลอง) แผนพัฒนาความรู้และทักษะเรื่องอาหาร เรื่องการใช้ยา และเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (180 นาที)

เป็นแผนการอบรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแล พัฒนาความรู้เดิม สามารถนำความรู้เดิมที่ได้ไปฝึกปฏิบัติ การจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลได้มีโอกาสดแสดงความคิดเห็นจากประสบ การณ์เดิม รู้และเข้าใจถึงการใช้ยา การจัดยาที่ถูกต้อง สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสม

2. สื่อการสอนสุขศึกษาแก่ญาติ เรื่อง โรคเบาหวาน ได้แก่ power point เรื่อง โรคเบาหวาน ใบความรู้ (แผ่นพับ) เรื่องการบริโภคอาหาร การใช้ยาและการออกกำลังกาย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและระดับน้ำตาลในเลือด ถาม เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษาของญาติ และถามอายุ ระยะเวลาที่ป่วย และผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เป็นแบบปิดและเปิดผสมกัน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความความตระหนัก จำนวน 18 ข้อ ถามการรับรู้ เข้าใจ เห็นคุณค่า ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของญาติเกี่ยวกับการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งความตระหนักเป็น 5 ระดับ ตามขอบเขตของตัวเลข ดังนี้

ตระหนัก ระดับ	คะแนนเฉลี่ย
มาก ๆ	4.51 - 5.00
มาก	3.51 - 4.50
ปานกลาง	2.51 - 3.50
น้อย	1.51 - 2.50
ไม่ตระหนัก	1.00 - 1.50

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ ถาม การมีส่วนร่วมปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานที่เกี่ยวกับการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วย เป็นแบบประเมินค่า 5 คำตอบ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติ ระดับบ่อย	คะแนนเฉลี่ย
มาก ๆ	4.51 - 5.00
มาก	3.51 - 4.50
ปานกลาง	2.51 - 3.50
น้อย	1.51 - 2.50
ไม่ปฏิบัติเลย	1.00 - 1.50

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจ จำนวน 18 ข้อ ถามเกี่ยวกับเนื้อหา วิธีการสอน ผู้สอน สื่อการสอน สถานที่ และระยะเวลาจัดกิจกรรม เป็นแบบประเมินค่า 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4

ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

โดยกำหนดค่าคะแนนแบบอิงเกณฑ์ (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ. 2553, หน้า 208) ดังนี้

คะแนนระดับความพึงพอใจ	ร้อยละ
มาก	ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 72 คะแนนขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 70-79 หรือ 63 – 71 คะแนน
น้อย	ต่ำกว่าร้อยละ 70 หรือน้อยกว่า 63 คะแนน

2. การสร้างแบบสัมภาษณ์ ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการศึกษา สร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำและนำไปปรับปรุงแก้ไข ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) (อ้างในบุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2553, หน้า 147) ซึ่งพบว่าค่าความตระหนักได้ 0.75 การปฏิบัติได้ 0.84

การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อีก 1 คน ทำหน้าที่เป็นวิทยากรสอนให้ความรู้ สรุปและให้ข้อเสนอแนะแก่กลุ่มทดลองจำนวน 2 ครั้งตามโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (รายละเอียดดังภาคผนวก) ทำการเจาะเลือดโดยบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 4 คน คือ ผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษา 3 คน กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลโดยผู้ศึกษาและผู้ช่วย 1 คน กลุ่มเปรียบเทียบข้อมูลโดยผู้ช่วย 2 คน เก็บข้อมูลทั่วไป ความตระหนักของญาติในด้านการบริโภคอาหารการรับประทานยาและการออกกำลังกาย การปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยในด้านการบริโภคอาหาร

การรับประทานยาและการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง 1 วัน ทั้ง 2 กลุ่ม ในวันที่ 16 กรกฎาคม 2555 กิจกรรมตามโปรแกรมประกอบด้วย การสอนให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่ม การนำเสนอ และการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ทดลองครั้งที่ 1 วันที่ 17 กรกฎาคม 2555 ครั้งที่ 2 วันที่ 14 สิงหาคม 2555 หลังจากนั้น 1 วัน เก็บข้อมูลความตระหนัก การปฏิบัติของญาติผู้ป่วย ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจต่อโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของ ญาติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลในเวลาเดียวกัน โดยผู้ช่วยผู้ศึกษา หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ เก็บข้อมูลเหมือนก่อนทดลองยกเว้นข้อมูลทั่วไป ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในวันเวลาเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความตระหนัก และการปฏิบัติ ให้คะแนน รวมคะแนนแล้วหารด้วยข้อคำถาม จากนั้นนำไปหาคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังติดตามผล กับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. ระดับน้ำตาลในเลือดหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังติดตามผล กับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติและระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดผลซ้ำ (One way repeated measure ANOVA) ถ้าพบความแตกต่างกันวิเคราะห์รายคู่ด้วยวิธี Bonferroni และเปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent t - test
5. ความพึงพอใจวิเคราะห์รายข้อด้วยการทำแจกแจงความถี่หาจำนวนและร้อยละ จากนั้นให้คะแนน รวมคะแนนแล้วหารด้วยข้อคำถาม แบ่งระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์ที่กำหนด หากความพึงพอใจเฉลี่ย และทดสอบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือร้อยละ 80 ด้วย One Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โดยเริ่มจากการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา และชี้แจงให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้ระหว่างการศึกษาก็หากไม่ต้องการเข้าร่วมในการศึกษา สามารถขอยกเลิกได้โดยทันทีและไม่เกิดผลเสียใดๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลแท้จริง การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมและใช้ในการศึกษาเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลองสองสัปดาห์ ผู้ศึกษาได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ค่าเฉลี่ย ความตระหนัก การปฏิบัติตัว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. การเปรียบเทียบ ความตระหนักในการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตัว ในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการทดลองและระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
6. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ความตระหนักในด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง
7. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ การปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง
8. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง
9. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรโดยการนำเสนอข้อมูลประกอบด้วยตารางตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของญาติ จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ อายุผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	22	100.0	22	100.0
1. เพศ				
ชาย	8	36.4	13	59.1
หญิง	14	63.6	7	40.9
2. อายุ				
อายุเฉลี่ย	51.36		45.86	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.84		13.59	
อายุต่ำสุด	23		18	
อายุสูงสุด	69		68	
3. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.0	5	22.7
ประถมศึกษา	13	59.1	8	36.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.5	3	13.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	22.7	5	22.7
อนุปริญญา	1	4.5	1	4.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	9.1	0	0.0
4. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.0	1	4.5
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	2	9.1	0	0.0
รับจ้าง/ ลูกจ้าง	3	13.6	1	4.5
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.0	2	9.1
เกษตกรกรรม	15	68.2	17	77.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	9.1	1	4.5
5. อายุผู้ป่วย				
อายุเฉลี่ย (ปี)	56.64		53.91	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.07		9.76	
อายุต่ำสุด, สูงสุด	37, 65		35, 64	
6. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย				
ระยะเวลาดูแลเฉลี่ย	9.36		6.91	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.93		5.56	

จากตารางที่ 1 การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน ดังนี้

เพศ กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.6) เพศชาย จำนวน 8 คน (ร้อยละ 36.4) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากเป็นเพศชายจำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.1) เพศหญิงจำนวน 9 คน (ร้อยละ 40.9)

อายุ ทั้งสองกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกันโดยญาติผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 23 – 69 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ญาติมีอายุระหว่าง 18 – 68 ปี

การศึกษา ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยเบาหวานจบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.1) จบมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 5 คน (ร้อยละ 22.7) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจำนวน 2 คน (ร้อยละ 9.1) และในกลุ่มเปรียบเทียบจบระดับประถมศึกษาจำนวน 8 คน (ร้อยละ 36.4) ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 5 คน (ร้อยละ 22.7) จบมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 5 คน (ร้อยละ 22.7) และอนุปริญญาขึ้นไปจำนวน 1 คน (ร้อยละ 4.5)

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 72.7) ในกลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมจำนวน 15 คน (ร้อยละ 68.2) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างหรือลูกจ้าง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 13.6) ในกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมจำนวน 17 คน (ร้อยละ 77.7) รองลงมามีธุรกิจส่วนตัวจำนวน 2 คน (ร้อยละ 9.1)

อายุผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 56.64 ปี อายุน้อยที่สุด 37 ปี มากที่สุด 65 ปี และ

กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 53.91 ปี อายุน้อยที่สุด 35 ปี มากที่สุด 64 ปี
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย
ที่ 9.36 ปี และ 6.91 ปี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของความตระหนัก การปฏิบัติตัว และค่าน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ

	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
	$\bar{X}$	S.D.	สรุป	$\bar{X}$	S.D.	สรุป
ความตระหนัก						
ก่อนทดลอง	4.51	0.25	มาก ๆ	4.21	0.36	มาก
หลังทดลองทันที	4.85	0.09	มาก ๆ	4.28	0.34	มาก
หลังทดลอง 2 สัปดาห์	4.89	0.07	มาก ๆ	4.28	0.22	มาก
การปฏิบัติตัว						
ก่อนทดลอง	3.46	0.69	ปานกลาง	3.24	0.89	ปานกลาง
หลังทดลองทันที	3.71	0.66	น้อย	3.21	0.86	ปานกลาง
หลังทดลอง 2 สัปดาห์	3.66	0.63	น้อย	3.10	0.40	ปานกลาง
ระดับน้ำตาล						
ก่อนทดลอง	173.27	19.63		167.23	23.46	
หลังทดลองทันที	137.14	25.38		156.0	29.76	
หลังทดลอง 2 สัปดาห์	130.55	19.65		153.23	23.29	

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของความตระหนัก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการ
บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความตระหนัก
ก่อนทดลอง เท่ากับ 4.51 (S.D.= 0.25) หลังทดลองทันที เท่ากับ 4.85 (S.D. = 0.09) และระยะ
ติดตามผล เท่ากับ 4.89 (S.D. = 0.07) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของความตระหนักก่อน
ทดลองเท่ากับ 4.21 (S.D.= 0.36) หลังทดลองทันทีเท่ากับ 4.28 (S.D.= 0.34) และระยะติดตามผล
เท่ากับ 4.28 (S.D.= 0.22) แสดงว่าก่อนทดลองญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองความตระหนักในระดับ

ดีมาก ๆ (ค่าเฉลี่ย 4.51) ซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อยที่มีความตระหนักในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.21) ส่วนหลังทดลองในกลุ่มทดลองมีความตระหนักเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม (ค่าเฉลี่ย 4.85) แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบมีความตระหนักในระดับดีมากเท่าเดิม

การปฏิบัติตัวของญาติที่มีต่อผู้ป่วยในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความตระหนักก่อนทดลอง เท่ากับ 3.46 (S.D. = 0.69) หลังทดลองทันที เท่ากับ 3.71 (S.D. = 0.66) และระยะติดตามผล เท่ากับ 3.66 (S.D. = 0.63) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติก่อนทดลองเท่ากับ 3.24 (S.D. = 0.89) หลังทดลองทันทีเท่ากับ 3.21 (S.D. = 0.86) และระยะติดตามผลเท่ากับ 3.10 (S.D. = 0.74) แสดงว่าก่อนทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลางเท่ากัน (ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50) ส่วนหลังทดลองในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีการปฏิบัติในระดับปานกลางเท่าเดิม

ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองเท่ากับ 173.27 (S.D. = 19.63) หลังทดลองทันที เท่ากับ 137.14 (S.D. = 25.38) และระยะติดตามผลเท่ากับ 130.55 (S.D. = 19.65) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 167.23 (S.D. = 23.46), 156.0 (S.D. = 29.76) และ 153.23 (S.D. = 23.29) ตามลำดับ แสดงว่าในกลุ่มทดลองควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดต่ำลงได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความตระหนัก					
ผลโปรแกรม	2	1.91	0.96	48.132	0.00
ผลต่างบุคคล	21	0.82	0.04	3.827	0.00
ความคลาดเคลื่อน	42	0.83	0.02		
รวม	65	3.56			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
การปฏิบัติ					
ผลโปรแกรม	2	0.79	0.40	10.406	0.00
ผลต่างบุคคล	21	26.04	1.24	4.441	0.00
ความคลาดเคลื่อน	42	1.60	0.04		
รวม	65	28.43			
ระดับน้ำตาล					
ผลโปรแกรม	2	23282.57	11641.29	71.058	0.00
ผลต่างบุคคล	21	22847.65	1087.98	1.311	0.00
ความคลาดเคลื่อน	42	6880.76	163.83		
รวม	65	53010.98			

จากตารางที่ 3 ความตระหนัก การปฏิบัติ ในการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความตระหนักในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ชื่อตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ความตระหนักของญาติ ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	4.51	0.25	3.16	0.003*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	4.21	0.36		
		จำนวน	$\bar{D}$	S.D.	t	P
ความตระหนักของญาติ หลังทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	22	0.34	0.25	3.89	0.000*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	0.07	0.22		
ความตระหนักของญาติ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	22	0.38	0.24	4.44	0.000*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	0.07	0.22		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความตระหนักในด้านการรับประทานอาหาร การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพื้นฐานความตระหนักไม่เท่ากัน หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่นำไปทดลองสอนกับญาติผู้ป่วยเบาหวานนี้มีประสิทธิผลดี ทำให้ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสอนมีความตระหนักเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของญาติ ในด้านการรับประทานอาหาร การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ชื่อตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
การปฏิบัติตัวของญาติ ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	3.46	0.69	0.91	0.365
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.24	0.89		
การปฏิบัติตัวของญาติ หลังทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	22	3.72	0.66	2.16	0.036
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.21	0.87		
การปฏิบัติตัวของญาติ ระยะติดตามผล	กลุ่มทดลอง	22	3.66	0.62	2.67	0.011
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.10	0.74		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ย คะแนนการปฏิบัติของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร บริโภคอาหารและออกกำลังกาย ก่อนทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่าง แสดงว่าญาติผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มที่นำมาทดลองครั้งนี้มีพื้นฐานการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเหมือนกัน ส่วนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่นำไปทดลองสอนกับญาติผู้ป่วยเบาหวานนี้มีประสิทธิผลดี ทำให้ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสอนมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยดีขึ้น

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการทดลองและ
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ชื่อตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	173.27	19.63	0.93	0.359
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	167.23	23.46		
ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย หลังทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	22	137.14	25.38	2.26	0.029
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	156.00	29.76		
ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย หลังทดลอง 2 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	22	130.55	19.65	3.49	0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	153.23	23.29		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ญาติผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มที่นำมาทดลองครั้งนี้มีพื้นฐานรับการปฏิบัติจากญาติผู้ป่วยในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเหมือนกัน ส่วนหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ น้ำตาลในเลือดผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แสดงว่าโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่นำไปทดลองสอนกับญาติผู้ป่วยเบาหวานนี้มีประสิทธิผลดี ทำให้ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสอนมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยดี และผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ความตระหนักในการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง

	ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.51$)	หลังทดลองทันที ($\bar{X} = 4.86$)	หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.89$)
ตัวแปร			
ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.51$)	-		
ทดลองทันที ($\bar{X} = 4.86$)	.343*	-	
หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.89$)	.376*	0.033*	-
*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05			

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยในการวัดความตระหนักในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังทดลองทันที และหลังทดลองสองสัปดาห์ มีความแตกต่างกัน โดยหลังทดลองทันทีมีมากกว่าก่อนทดลอง และหลังทดลองสองสัปดาห์มีมากกว่าหลังทดลองทันทีและมากกว่าก่อนทดลอง แสดงว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่ทดลองมีประสิทธิผล ได้ผลดี

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ พฤติกรรมการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง

	ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 3.46$)	หลังทดลองทันที ($\bar{X} = 3.72$)	หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ($\bar{X} = 3.66$)
ตัวแปร			
ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 3.46$)	-		
หลังทดลองทันที ($\bar{X} = 3.72$)	.255*	-	
หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ($\bar{X} = 3.66$)	.200*	-.055*	-
*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05			

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยในการวัดการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยในการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนทดลอง กับ การปฏิบัติหลังทดลองทันที การวัดการปฏิบัติของญาติ ก่อนการทดลองกับ การปฏิบัติหลังทดลอง 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) แสดงว่าโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่ให้การทดลองในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพ ได้ผลดี ส่วนการวัดการปฏิบัติของญาติผู้ช่วยด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังทดลองทันทีกับหลังทดลอง 2 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วย ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 173.27$)	หลังทดลองทันที ($\bar{X} = 137.14$)	หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ($\bar{X} = 130.54$)
ก่อนทดลอง($\bar{X} = 173.27$)	-		
หลังทดลองทันที($\bar{X} = 137.14$)	-36.136*	-	
หลังทดลอง 2 สัปดาห์($\bar{X} = 130.54$)	-42.727*	-6.591*	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยในการวัดระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ก่อนทดลอง กับระดับน้ำตาลของผู้ป่วยหลังทดลองทันที การวัดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยก่อนทดลองกับหลังทดลอง 2 สัปดาห์ และการวัดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยหลังทดลองทันทีกับหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ระดับน้ำตาลลดลง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) แสดงว่าโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติมีประสิทธิภาพ ได้ผลดี

ตารางที่ 10 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกรายข้อ

ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกระบวนการ	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. เนื้อหาที่ได้รับมีความครอบคลุมและมีความเหมาะสม	15	68.2	15	31.8	15	0.0	15	0.0	31.3	0.0
2. เนื้อหาน่าสนใจเข้าใจง่าย	19	86.4	19	13.6	19	0.0	19	0.0	13.6	0.0
3. ผู้เข้าอบรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้	12	54.5	12	41.0	12	4.5	12	4.5	41.0	0.0
4. ผู้เข้าอบรมเรียนรู้และเข้าใจภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	17	77.3	17	22.7	17	0.0	17	0.0	22.7	0.0
5. เนื้อหาที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้	15	68.2	15	31.8	15	0.0	15	0.0	31.3	0.0
6. ผู้สอนมีการเตรียมตัวในการสอน	11	50.0	11	50.0	11	0.0	11	0.0	50.0	0.0
7. ผู้สอนสามารถอธิบายเนื้อหาได้ชัดเจน มีการเชื่อมโยงเนื้อหาในการสอน	19	86.4	19	13.6	19	0.0	19	0.0	13.6	0.0
8. ผู้สอนใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย	21	95.5	21	4.5	21	0.0	21	0.0	4.5	0.0

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการ เข้าร่วมกระบวนการ	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9. ผู้สอนเปิดโอกาส ซักถาม และตอบ คำถาม ได้ชัดเจน	11	50.0	11	50.0	11	0.0	11	0.0	11	0.0
10. มีเทคนิคการสอน และกระตุ้นให้เกิดการ เรียนรู้	12	54.5	12	31.8	12	13.6	12	13.6	12	0.0
11. อธิบายได้ตรง ประเด็น	19	86.4	19	13.6	19	0.0	19	0.0	19	0.0
12. ผู้สอนเปิดโอกาส ให้ผู้เข้าอบรมแสดง ความคิดเห็น	14	63.6	14	31.8	14	4.5	14	4.5	14	
13. รูปแบบกิจกรรมมี ความเหมาะสม	16	72.7	16	27.3	16	0.0	16	0.0	16	0.0
14. เอกสาร ประกอบการบรรยายมี เนื้อหาที่เข้าใจง่าย ตรง ประเด็น	16	72.7	16	22.7	16	4.5	16	4.5	16	0.0
15. สถานที่เหมาะแก่ การเรียนรู้	20	90.9	20	9.1	20	0.0	20	0.0	20	0.0
16. ความพร้อมของ อุปกรณ์โสต ทัศนูปกรณ์	18	81.8	18	18.2	18	0.0	18	0.0	18	0.0

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการ เข้าร่วมกระบวนการ	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17. ระยะเวลาในการ จัดกิจกรรมมีความ เหมาะสม	16	72.7	16	27.3	16	0.0	16	0.0	16	0.0
18. ความพึงพอใจ ภาพรวมของท่านที่มี ต่อขั้นตอนและ กระบวนการทั้งหมด	20	90.9	20	9.1	20	0.0	20	0.0	20	0.0

จากตารางที่ 10 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจมากที่สุด คือผู้สอนใช้ภาษาที่เหมาะสมเข้าใจง่าย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 95.5) รองลงมา คือ สถานที่เหมาะแก่การเรียนรู้ และ ความพึงพอใจภาพรวมที่มีต่อขั้นตอนและกระบวนการทั้งหมด จำนวน 20 คน (ร้อยละ 90.9) และ ข้อที่ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือผู้สอนมีการเตรียมตัวในการสอนและผู้สอนเปิดโอกาสซักถาม และตอบคำถามได้ชัดเจน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 50.0)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

ชื่อตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ความพึงพอใจ	22	94.39	4.63	14.57	<0.001*

จากตารางที่ 11 แสดงว่า ระดับความพึงพอใจ เฉลี่ยร้อยละ 94.39 เมื่อทดสอบตามเกณฑ์ ความพึงพอใจร้อยละ 80 ด้วย One Sample t-test พบว่า t เท่ากับ 14.57 ซึ่งมีนัยสำคัญที่ 0.001 ดังนั้น ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติร้อยละ 80 และ มีการกระจายของกลุ่มที่มีระดับความพึงพอใจ คือ พอใจมาก จำนวน 22 คน (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยเบาหวานจำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	22	100.0
ปานกลาง	0	0.0
น้อย	0	0.0
รวม	22	100.0

หมายเหตุ: ช่วงคะแนนที่ให้ 18 – 90 ได้ คะแนนสูงสุด 89, ต่ำสุด 75, S.D. =4.16, เฉลี่ย = 84.95

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่อยู่ในพื้นที่ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อนุญาตให้ใช้เป็นพื้นที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ การจัดกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสวงหาความรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักมีพฤติกรรม การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเบาหวานในการลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปกติ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน นำไปใช้ในการศึกษาที่ตำบลหนองห้าง อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ความตระหนัก พฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของญาติ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของ ญาติที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านแล้วไป ทดสอบเครื่องมือ (try out) กับญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตำบลนาโก อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัด กาฬสินธุ์ แล้วนำไปวิเคราะห์อำนาจจำแนกรายชื่อของแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์หาค่าความ เชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และ 0.84 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยแนวทางการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของญาติที่ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยสัมภาษณ์ โดยเก็บก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะ ทางประชากร และความตระหนัก ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้สถิติสถิติ Independent sample t-test และ One –way repeated measure ANOVA ในการทดสอบความแตกต่างของความตระหนักต่อ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปผลการศึกษา

1. ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในพื้นที่อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 44 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง คือญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้าง อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูคหว้า อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 22 คน กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.6) เพศชาย จำนวน 8 คน (ร้อยละ 36.4) กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายจำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.1) เพศหญิง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 40.9) กลุ่มทดลองญาติผู้ป่วยเบาหวานมีอายุระหว่าง 23 – 69 ปี ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 37 – 65 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ญาติมีอายุระหว่าง 18 – 68 ปี ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 35 – 64 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 72.7) ในกลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมจำนวน 15 คน (ร้อยละ 68.2) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างหรือลูกจ้าง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 13.6) ในกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมจำนวน 17 คน (ร้อยละ 77.7) รองลงมามีธุรกิจส่วนตัวจำนวน 2 คน (ร้อยละ 9.1) ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยเบาหวานจบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.1) จบมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 5 คน (ร้อยละ 22.7) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจำนวน 2 คน (ร้อยละ 9.1) และในกลุ่มเปรียบเทียบจบระดับประถมศึกษาจำนวน 8 คน (ร้อยละ 36.4) ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษาจำนวน 5 คน (ร้อยละ 22.7) จบมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 5 คน (ร้อยละ 22.7) และอนุปริญญาขึ้นไปจำนวน 1 คน (ร้อยละ 4.5) อายุผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 56.64 ปี อายุน้อยที่สุด 37 ปี มากที่สุด 65 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 53.91 ปี อายุน้อยที่สุด 35 ปี มากที่สุด 64 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยที่ 9.36 ปี และ 6.91 ปี ตามลำดับ

2. ผลการทดลอง ครั้งนี้พบว่า กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีต่อความตระหนักในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยตัวแปรคือ เพศ อายุ และระยะเวลาที่ป่วย มีผลต่อความรู้และความตระหนักของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา ซึ่งผลการศึกษาเป็นดังนี้

2.1 ภายหลังการทดลองทันที ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่มและรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความตระหนักต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติได้ผลดี มีประสิทธิผล

2.2 หลังการทดลองสองสัปดาห์ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่มและรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความตระหนักต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติได้ผลดี มีประสิทธิผล

2.3 หลังการทดลองสองสัปดาห์ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่มและรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความตระหนักต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูง ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองทันที

2.4 ภายหลังจากการทดลองทันที ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่มและรับรู้ความรุนแรงของโรค มีพฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5 หลังการทดลองสองสัปดาห์ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่มและรับรู้ความรุนแรงของโรค มีพฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.6 หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่มและรับรู้ความรุนแรงของโรค มีพฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่มีความแตกต่างจากภายหลังการทดลองทันที

2.7 หลังการทดลองทันที ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเปรียบเทียบ มีความตระหนักต่อภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วย ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

2.8 หลังการทดลองสองสัปดาห์ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเปรียบเทียบ มีความตระหนักต่อภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วย ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองทันที

2.9 การเปรียบเทียบผลต่างของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงทั้งสองกลุ่มโดยค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติได้ผลดี มีประสิทธิผล

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อภิปรายผลที่ได้จากการทดลอง ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ในการทดลอง ประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดตัวแปรในเรื่อง อายุ อาชีพและระดับการศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่าง แต่จะมีการแตกต่างในเรื่องเพศที่กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิงแต่ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากเป็นเพศชาย

2. ด้านความตระหนักต่อภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงในกลุ่มทดลอง ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความตระหนักต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงและ โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากการใช้กระบวนการกลุ่ม ที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น โดยภายหลังทดลองทันทีญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของความตระหนักเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มและเมื่อเปรียบเทียบความตระหนักการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองกับผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความตระหนักมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ใช้กระบวนการกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่ (2552) ที่มีผลการศึกษาว่า กระบวนการกลุ่มมีผลทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้กระบวนการกลุ่ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ (2551) ที่มีผลการศึกษาว่าการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเพิ่มการรับรู้อันตรายของโรค การดูแลตนเองและการใช้ประโยชน์จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคลากรสุขภาพ ครอบครัวร่วมดูแลการใช้ยาเบาหวาน และการเยี่ยมบ้านมีผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารการรับประทานยา การดูแลตนเองและการดูแลเท้าสูงขึ้น สอดคล้องกับไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ (2551) ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติในการส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ SMM Hazavehei, G Sharifirad and S Mohabi (2007) ที่มีผลการศึกษาว่า

ผลการทดลองการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยกระบวนการกลุ่ม ระดับคะแนนความรู้ ความตระหนัก การดูแลเท้า ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว 2 สัปดาห์ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง ยังคงมีความรู้ มีความตระหนักมากขึ้นกว่าหลังการทดลองทันทีเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างในทางสถิติ ส่วนความตระหนักก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบถ้าเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ทางสถิติอาจจะเห็นว่ามีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าดูที่ค่าเฉลี่ยจะเห็นว่าไม่ค่อยมีความแตกต่างกันมากนัก อาจอธิบายได้ว่าเป็นผลเนื่องจากในพื้นที่ มีการดำเนินการดำเนินงานโรคเบาหวาน จึงอาจมีผลให้ระดับความตระหนักของกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีมากอยู่แล้ว และเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

3. ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มญาติที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้รับประสบการณ์การดูแลจากบุคคลอื่นและได้รับความรู้ความรุนแรงของโรค มีความตระหนักต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วย จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากกว่ากลุ่มญาติที่ไม่ได้รับ โปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับ สุวิทย์ สุทธิอำนวยกุล และสมตระกูล ราศรี (2550) ที่ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะติดต่อโรคเบาหวาน และการปฏิบัติดูแลสุขภาพ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่ได้รับบริการรูปแบบปกติของคลินิกเบาหวานและสอดคล้องกับ อนิสา อรัญศิริ (2551) ที่มีผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่า ก่อนทดลอง และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง ต่ำกว่าก่อนการทดลองและสอดคล้องกับ จงจิต บุญอินทร์ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเขตอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน หลังทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลที่ใช้รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติมีผลต่างของระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับไพโรจน์ ชมชู (2552) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแรงสนับสนุนทางสังคมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแล ได้รับคำแนะนำ จากญาติในกลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องกระบวนการในการดูแลซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การตระหนักต่อโรคซึ่งได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ให้อาสาสมัครมีความรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคแทรกซ้อน รับผิดชอบต่อความรุนแรงของโรค รับผิดชอบต่ออุปสรรค จากกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้อาสาสมัครผู้ป่วยเกิดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ญาติผู้ป่วยในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ช่วยกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับมาร่วมกันอภิปราย ในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มจะมีญาติผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเนื่องจากผู้ป่วยที่เขาดูแลมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระดับปกติตลอดมาเป็นเวลาหลายเดือน นำประสบการณ์มาเล่าแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมจากญาติที่ได้รับ โปรแกรมกระบวนการกลุ่มที่ทำให้ญาติมีความตระหนักเพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยลดลงดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำที่คลินิกโรคเบาหวานสามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของญาติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยการนัดหมายญาติผู้ป่วยมาเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รวมถึงสามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้การทดลองและติดตามผลประมาณ 6 เดือน ควรมีการกระตุ้นกลุ่มตัวอย่าง มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องมากขึ้นในระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

2.2 การศึกษาครั้งนี้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติโดยการชักนำของบุคลากรสาธารณสุขเองอาจจะทำให้ไม่มีความยั่งยืน ควรมีการศึกษาการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่เกิดจากประชาชนเองจะสามารถก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น โดยการให้ประชาชนรับรู้ปัญหาของชุมชนและมีความตระหนักที่จะเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ เพื่อให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกิดจากประชาชนในชุมชนเอง

2.3 การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่ม เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อการดูแลของญาติ โดยจัดกิจกรรมร่วมกันของบุคคลในครอบครัว เพราะจะได้มีการรับรู้และเข้าใจพร้อมที่จะร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางเดียวกัน เกิดความพึงพอใจทั้งในส่วนญาติที่ดูแลและผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- จงจิต บุญอินทร์. (2551). ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแล
สุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเขตอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง.
สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน
จำหน่ายจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑา บุรีภักดี. (2527). กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพฯ: คณะวิชาครุศาสตร์ วิทยาลัยครูสวนสุนันทา.
- จุฬารณย์ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ :
ศักดิ์โสภาคการพิมพ์.
- เทพ หิมะทองคำ. (2544). ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- เทพ หิมะทองคำ. (2549). ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์.
- น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวิทย์สาธิต.
- บุญทิพย์ สิริธรรณี. (2539). ผู้ป่วยเบาหวาน: การดูแลแบบองค์รวม. นครปฐม:
ฝ่ายการพิมพ์ศูนย์อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ. (2551). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10).
กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- _____. (2551). คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ (พิมพ์ครั้งที่ 9).
กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- _____. (2553). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). ทศนคติ การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย
(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ไพบูลย์ วุฒิมณี. (2526). หลักการพัฒนาชุมชน และการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ :
ไทยอนุเคราะห์.

- พงษ์พันธ์ อันตะริกานนท์ และคณะ. (2544). การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเชลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วโดยกลุ่มเพื่อนสตรี อำเภอท่าเงี้ยว จังหวัดศรีสะเกษ. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- ไพรัช เจริญรินทร์. (2526). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- ไพโรจน์ ชมชู. (2552). ได้ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในชุมชนเขตเมือง ของสถานีอนามัยบางเขนหมู่ที่ 7 ตำบลบางเขน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. สารนิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ. (2551). การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติในการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. รายงานผลงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: ม.ป.พ.
- มาลินี จรูญธรรม. (2542). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับผ่าตัดต่อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ. (2551). การประยุกต์ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิทยา ศรีดามา. (2543). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล. (2552). กระบวนการกลุ่มสุขศึกษา 325. กรุงเทพฯ: พระพัฒนาการพิมพ์. วรณี นิธิยานันท์. (2539). การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน. (2531). การพัฒนาชนบทไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิภาดา ศิริจันทร์โท. (2548). ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ศุภลักษณ์ จันทาญ. (2544). การบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภารัตน์ นิมิตระกุล. (2549). พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สิดานันท์ พูนผลทรัพย์. (2547). การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ ภ.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี. (2554). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2553). คู่มือการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กาฬสินธุ์: โรงพิมพ์เสียงภูพาน.
- สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 แผน 10 ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุพจน์ เตชเจริญศรี. (2543). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุพัฒน์ สมจิตรสกุล. (2544). การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปากจังหวัดนครพนม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมยศ แสงหึ่งห้อย. (2548). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนักเรียนที่เป็นคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุรีย์ จันทร โมลี. (2527). วิธีการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.

- สุวิทย์ สุทธิอำนวยกุล และสมตระกูล ราศิริ. (2550). ศึกษาวิจัย ผลของโปรแกรมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. สารนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อนิสา อรัญศิริ. (2551). ศึกษาถึงผลการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุดมลักษณ์ เชื้อแก้ว. (2551). การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสถานีอนามัยศรีอุดม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์. ศรีสะเกษ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่. (2552). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหวน จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารยา ทองผิว. (2547). ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: คัลเลอร์ฮาโมนี.
- _____. (2547). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวาน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: คัลเลอร์ฮาโมนี.
- _____. (2547). เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน การติดตามและการประเมินผล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: คัลเลอร์ฮาโมนี.
- Becker, M.H. (1974). "The Health Belief Model and Sick – Role Behavior". *Health Education Monographs*. 2(4) : unpagd.
- Cohen. J & Uphoff. D. (1980). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Desing Implementation and Evaluation* Rural Development Center. New York, Cornell University.
- Dawson-Saunders, B., & Trapp, R.G. (1993). *Basic & Biostatistics* (2th ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

Erwin. (1976). *Participation Management: Concept, Theory and the Implementation*. Atlanta: Georgia State University.

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 2(4).

SMM Hazavehei, G Sharifirad & S Mohabi. (2007). *The effect of educational program based on health belief model on diabetic foot care*. 14 June 2010. [Online] Available, <http://www.ijddc.com/text.asp?2007/27/1/18/34753>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แผนการสอนเพื่อศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือด

แผนการอบรมครั้งที่ 1 การพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มเป้าหมาย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 22 คน

ระยะเวลาที่สอน 90 นาที

จุดประสงค์การเรียนรู้

1. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจโรคเบาหวาน และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้
2. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความตระหนักที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

สาระสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดแต่สามารถควบคุมได้ถ้ามีการเข้าใจภาวะโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค การมีความรู้ ความเข้าใจถึง ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม การที่ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมในการดูแลสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 1, 2, 3 และ 4
2. เพาเวอร์พอยท์ เรื่อง รู้ทันเบาหวาน

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมการอบรม

องค์ประกอบ/ กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/ สื่อ
ขั้นสร้างสัมพันธภาพ - สะท้อนความคิดและ อภิปราย/ กลุ่มย่อย 7-8 คน - ความคิดรวบยอด/ กลุ่มใหญ่ - ประยุกต์แนวคิด/ กลุ่ม ย่อย 7-8 คน	- แนะนำตัวผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษา - ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ - กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ให้ผู้ดูแลทำความรู้จัก โดยให้ผู้ดูแลเป็นวงกลมซ้อนกัน 2 วงหัน หน้าเข้าหากันและให้คนที่อยู่วงข้างนอกก้าว ไปทางซ้ายไปหยุดตรงหน้าคนที่อยู่ใน แนะนำชื่อทักทายกัน ทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนถึง คนสุดท้าย กิจกรรมนี้ใช้เวลา 10 นาที - แบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ให้แต่ละ กลุ่มอภิปรายตามประเด็นในใบงานที่ 1 ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ชีวิตที่มีความสุขของผู้ป่วยเป็น โรคเบาหวานเป็นอย่างไร กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะเบาหวานไม่ได้ จะมีผลเสียอย่างไร กลุ่มที่ 3 ท่านมีวิธีช่วยผู้ที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานอย่างไร - ตัวแทนแต่ละกลุ่มแสดงแนวคิดที่ได้ใน กลุ่มย่อยที่ละประเด็น โดยมีผู้ศึกษาเขียนสรุป สาระที่ได้ไว้และบรรยายเพิ่มเติมในเรื่องการ ดูแลที่จำเป็นในผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน - แต่ละกลุ่มย่อยช่วยกันคิดการสร้างความสนใจ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อดูแลแนวคิด เบื้องต้นของกลุ่มผู้ดูแลในการให้ความสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากนั้นให้ตัวแทน กลุ่มนำเสนอ	- ป้ายชื่อ - ใบงานที่ 1 - ใบงานที่ 2 เรื่อง การสร้างความสนใจใน การดูแลผู้ป่วย เบาหวาน

องค์ประกอบ/ กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/ สื่อ
- ประสพการณ์/ กลุ่มใหญ่ - สะท้อนความคิดและอภิปราย/ กลุ่มย่อย 7-8 คน - ความคิดรวบยอด/ กลุ่มใหญ่	- ให้ผู้ดูแลพูดคุยเรื่องโรคเบาหวานซึ่งเนื้อหาครอบคลุมถึงความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การควบคุมภาวะเบาหวานและการสังเกตอาการที่ผิดปกติจากประสพการณ์ที่เคยได้ทราบมา และจากการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน - แต่ละกลุ่มทำกิจกรรมในใบงานที่ 3 เรื่อง “ธรรมชาติของเบาหวาน” โดยให้ผู้ดูแลอภิปรายแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกัน กลุ่มที่ 1. โรคเบาหวานคืออะไรและสาเหตุของโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 2. ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 3. การรักษาและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน - ตัวแทนกลุ่มรายงานที่ละประเด็น โดยมีผู้ศึกษาเขียนสรุปสาระที่ได้ไว้และบรรยายประกอบเพาเวอร์พอยท์เพิ่มเติมในเรื่องรู้ทันเบาหวาน ให้ผู้ดูแลซักถามและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม พร้อมทั้งแจกใบความรู้ที่ 1 (แผ่นพับ)	- ใบงานที่ 3 เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน - เพาเวอร์พอยท์ เรื่องรู้ทันเบาหวาน เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลสุขภาพทั่วไป - ใบความรู้ที่ 1 มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบ/ กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา / สื่อ
- ประยุกต์แนวคิด/ กลุ่มใหญ่	- ผู้ดูแลทำกิจกรรมตามใบงานที่ 4 โดยสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในบริบทของแต่ละครอบครัว สุ่มถามญาติผู้ดูแล 2 – 3 คน ให้เล่าให้ฟังเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแต่ละคน - ผู้ศึกษาสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ พร้อมกับนัดหมายในครั้งต่อไป	- ใบงานที่ 4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แผนการอบรมครั้งที่ 2 จัดกิจกรรมการอบรมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การใช้ยา และการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มเป้าหมาย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 22 คน

ระยะเวลา เวลา 180 นาที

จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ญาติผู้ดูแลและเข้าใจถึงการจัดการอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ยาที่ถูกต้อง และการออกกำลังกาย สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้

สาระสำคัญ

การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นจะต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายๆอย่างเช่น ประเภทของอาหาร ปริมาณที่ควรได้รับ รวมถึงการปรุงอาหาร การจัดการอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน การใช้ยาอย่างถูกวิธีและปลอดภัยจำเป็นต้องทราบ ขนาด เวลา ฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน และในการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงได้

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 5, 6, 7, 8
2. ใบความรู้ที่ 2, 3, 4
3. เพาเวอร์พอยท์ประกอบการบรรยายเรื่อง “อาหาร การใช้ยาและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน”

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น
3. สังเกตความสนใจขณะฟังบรรยาย

กิจกรรมการอบรม

องค์ประกอบ/ กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/ สื่อ
- ประสพการณ์/ กลุ่มใหญ่	- ผู้ศึกษากล่าวทักทายญาติผู้ดูแลในกลุ่มใหญ่และทบทวนร่วมกันในเรื่องที่พูดคุยกันในกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา ถ้าผู้ดูแลแสดงความคิดในเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ศึกษากล่าวคำชมเชยพร้อมให้กำลังใจ ในทางกลับกันถ้าผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นเชิงลบ ให้กลุ่มเพื่อนช่วยให้ข้อเสนอแนะ และกล่าวเชื่อมโยงเรื่องที่เรียนรู้ร่วมกันในวันนี้ โดยให้ญาติเล่าให้ฟังเกี่ยวกับการจัดอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานจากประสบการณ์เดิม - ผู้ศึกษากล่าวถึงประเด็นที่จะพูดคุยกันในครั้งนี้ว่าเกี่ยวกับเรื่องอะไร - ให้ญาติทำกิจกรรมในใบงานที่ 5 โดยให้แสดงความคิดเห็นในประเด็น	
- การสะท้อนความคิด และอภิปราย/ กลุ่มย่อย 7 – 8 คน	กลุ่มที่ 1 อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน กลุ่มที่ 2 แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม กลุ่มที่ 3 ยกตัวอย่างการจัดอาหารให้กับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานใน 1 วัน	- ใบงานที่ 5 เรื่อง อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
- ความคิดรวบยอด/ กลุ่มใหญ่	- ตัวแทนแต่ละกลุ่มแสดงแนวคิดที่ได้ในกลุ่มย่อยที่ละประเด็น โดยมีผู้ศึกษาเขียนสรุปสาระที่ได้ไว้และบรรยายเพิ่มเติมในเรื่อง “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน”	- เพาเวอร์พอยท์ ประกอบการบรรยาย เรื่อง “อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน”

องค์ประกอบ/ กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/ สื่อ
- ประยุกต์แนวคิด/ กลุ่มใหญ่ - ประสพการณ์/ กลุ่มใหญ่	ให้ผู้ดูแลผู้ดูแลชกถามและแสดงความ คิดเห็นเพิ่มเติม พร้อมทั้งแจกใบความรู้ ที่ 2 - ให้ผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมในใบงานที่ 6 เขียนถึงแนวทางการจัดอาหารในแต่ละ วันที่จะใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ตามแบบแผนของตนเอง - ผู้ศึกษานำเสนอกรณีศึกษาของผู้ดูแลที่ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องการจัดอาหาร และถามถึงประสบการณ์ในการจัดอาหาร ของผู้ดูแล - ให้ตัวแทนผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ใน การจัดอาหารมาเล่าให้กลุ่มฟัง ชกถามสิ่ง ที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการจัด อาหารร่วมกันแสดงความคิดเห็น	เนื้อหาเกี่ยวกับอาหารที่ ผู้ป่วยเบาหวานควร รับประทานและไม่ควร รับประทาน การปรุงรส อาหาร ชนิดและปริมาณ ของอาหารที่ควรได้รับใน แต่ละวันสำหรับผู้ป่วย เบาหวาน - ใบความรู้ที่ 2 เนื้อหา เกี่ยวกับอาหารสำหรับ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน - ภาพโปสเตอร์ที่แสดง สัดส่วนของอาหารที่ ผู้ป่วยเบาหวานควร รับประทานใน 1 วัน - ใบงานที่ 6 แนวทางการ จัดอาหารสำหรับผู้ป่วย เป็นโรคเบาหวาน

องค์ประกอบ/ กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/ สื่อ
- สะท้อนความคิด/ อภิปราย/ กลุ่มย่อย 7-8 คน	- ให้อาจารย์แต่ละกลุ่มได้ฝึกปฏิบัติการ จัดเตรียมอาหาร 3 มื้อใน 1 วัน ให้กับ ผู้ป่วยเบาหวาน โดยแบ่งออกเป็นผู้แสดง 5 – 6 คน และผู้สังเกตการณ์ 1 – 2 คน หลังฝึกปฏิบัติแต่ละครั้ง ให้ผู้สังเกตการณ์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแสดง บทบาทแต่ละคนแล้วหมุนเวียนกันแสดง และเป็นผู้สังเกตการณ์จนครบทุกบทบาท ช่วยกันตอบคำถามจากสิ่งที่ได้เรียนรู้มา ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	- ตัวอย่างอาหารที่ผู้ป่วย เบาหวานควรรับประทาน แบ่งเป็น 3 มื้อใน 1 วัน
- ความคิดรวบยอด/ กลุ่มใหญ่	- ผู้ศึกษาประเมินผลการฝึกปฏิบัติของแต่ละ กลุ่มแล้วสรุปเป็นความคิดรวบยอด เพื่อให้ญาติสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติ ในสถานการณ์จริง จากนั้นผู้ศึกษาแจก แบบบันทึกการรับประทานอาหารและ ชี้แจงวิธีการบันทึก พักเบรก ประมาณ 10 นาที	
- สะท้อนความคิดและ อภิปราย/ กลุ่มย่อย 7 – 8 คน	- ให้ผู้ดูแลแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มทำ กิจกรรมในใบงานที่ 7 เป็นการแสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญการใช้ยา ที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน	- ใบงานที่ 7 เรื่อง ความสำคัญการใช้ยาที่ ถูกต้อง เหมาะสมกับ ผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบ/ กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/ สื่อ
- ความคิดรวบยอด/ กลุ่มใหญ่	- ตัวแทนแต่ละกลุ่มแสดงแนวคิดที่ได้ ในกลุ่มย่อยที่ละประเด็น โดยผู้ศึกษา เขียนสรุปสาระที่ได้ไว้และบรรยาย เพิ่มเติมในเรื่อง “ การใช้ยารักษาโรค ผู้ป่วยเบาหวาน ” พร้อมทั้งแจกใบ ความรู้ที่ 3 จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ซักถามสิ่งที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคใน การจัดยาและแสดงความคิดเห็น เพิ่มเติม ผู้ศึกษาอภิปรายสรุป และแจก แบบบันทึกการรับประทานยาและ ชี้แจงวิธีการบันทึก	- เพาเวอร์พอยท์เรื่อง “ ยาผู้ป่วยเบาหวาน ” เนื้อหาเกี่ยวกับยาผู้ป่วย เบาหวาน การใช้ยาที่ถูกต้อง - ใบความรู้ที่ 3 เป็นเรื่อง เกี่ยวกับยาและการใช้ยาที่ ถูกต้องของผู้ป่วย โรคเบาหวาน
- ประสบการณ์/ กลุ่มใหญ่	- ผู้ศึกษานำเข้าสู่บทเรียนการออกกำลัง กายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ศึกษา ตั้งคำถามผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญ และการเลือกวิธีการออกกำลังกายจาก ประสบการณ์เดิมที่ได้ทราบมา	- ใบงานที่ 8 การออกกำลัง กายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวาน
- สะท้อนความคิดและ อภิปราย/ กลุ่มย่อย 7 – 8 คน	- แบ่งผู้ดูแลออกเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มช่วยกันทำกิจกรรมตามใบ งานที่ 8 แสดงความคิดเห็นในเรื่อง ต่อไปนี้ กลุ่มที่ 1. การออกกำลังกายที่เหมาะสม ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มที่ 2. การออกกำลังกายมีผลดีต่อ การควบคุมเบาหวานอย่างไร กลุ่มที่ 3. หลักการออกกำลังกายของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	

องค์ประกอบ/ กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/ สื่อ
- ความคิดรวบยอด/ กลุ่มใหญ่	- ให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานกลุ่ม ผู้ศึกษาเขียนสรุปคำตอบของแต่ละกลุ่ม ไว้ เมื่อทุกกลุ่มนำเสนอผลงาน เรียบร้อยแล้ว ผู้ศึกษาบรรยายเพิ่มเติม เรื่อง “ออกกำลังกายอย่างไรดี” และ แนวทางในการส่งเสริมการออกกำลัง กายของผู้ป่วยที่บ้านพร้อมทั้งแจกใบ ความรู้ที่ 4 และแจกแบบบันทึกการ ออกกำลังกายของผู้ป่วยพร้อมทั้ง อธิบายวิธีการบันทึก กล่าวสรุปและ กล่าวขอบคุณญาติผู้ดูแลที่เข้าอบรม และให้ความร่วมมือในการศึกษาใน ครั้งนี้	- เพาเวอร์พอยท์เรื่อง “ออกกำลังกายอย่างไรดี” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับรูปแบบ และข้อควรปฏิบัติในการ ออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวาน - ใบความรู้ที่ 4 มีเนื้อหา เกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติในการ ออกกำลังกายของผู้ป่วยและ วิธีการออกกำลังกายแบบไท เก๊ก

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

กลุ่มทดลอง () ก่อน () หลัง () ติดตามผล

กลุ่มเปรียบเทียบ () ก่อน () หลัง () ติดตามผล

แบบสัมภาษณ์เพื่อการศึกษา

เรื่อง ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมของญาติด้านพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความตระหนักต่อโรคเบาหวาน

ของญาติผู้ป่วย จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมปฏิบัติต่อผู้ป่วยเบาหวาน

ของญาติ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

กระบวนการมีส่วนร่วมของญาติ จำนวน 18 ข้อ

ข้อมูลที่ท่านกรณาดตอบในแบบสัมภาษณ์นี้จะเป็นความลับและไม่มีผลเสียหายต่อท่านแต่อย่างใด จะนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดนี้ถือว่าเป็นวิทยาทานที่ท่านได้มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นายชิงชัย อัฐนาค

นิสิตปริญญาโทหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย

สำหรับผู้สัมภาษณ์ : กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน () หน้าคำตอบที่ถูกเลือก

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ..... ปี (ปีเต็ม)

3. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () พ่อบ้าน/แม่บ้าน

() รับจ้าง/ลูกจ้าง () ค้าขาย

() ธุรกิจส่วนตัว () เกษตรกรรม

() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

4. ระดับการศึกษาที่ท่านได้รับสูงสุดคือ

() ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษา () ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า () ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อายุผู้ป่วยที่ท่านดูแล.....ปี

6. ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วยเบาหวาน.....ปี

7. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย.....mg/dl

สำหรับผู้วิจัย

Sex []

Age []

Occu []

Edu []

Age Pa []

Time ca []

Sugar []

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความตระหนักต่อโรคเบาหวานของญาติผู้ป่วย

สำหรับผู้สัมภาษณ์ : อ่านคำชี้แจงและข้อคำถามให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังและให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือก

คำตอบ ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ถูกเลือก

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	สำหรับผู้วิจัย
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี จะทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ตาพร่ามัว เป็นโรคไตได้					A1 []
2. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ถ้าหลอดเลือดสมองตีบตันจะทำให้เป็นอัมพาตได้					A1 []
3. ผู้ป่วยเบาหวานหากระดับน้ำตาลน้อยกว่า 250 มก./ดล และอาการไม่ชัดเจนควรควบคุมอาหารและออกกำลังกายก่อนเพื่อลดระดับน้ำตาล					A3 []
4. ถ้าผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือดสูงนานๆจะทำให้แผลติดเชื้อง่าย					A1 []
5. คนที่เป็นโรคเบาหวานจะเป็นแผลเรื้อรังได้ง่าย แต่หายยาก					A1 []
6. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเป็นอันตรายร้ายแรงต่อร่างกายของผู้ป่วย					A1 []
7. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย					A1 []
8. หากปล่อยไว้ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงมาก เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้ไตวายได้					A8 []
9. การรักษาโรคเบาหวานจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง จึงจะมีชีวิตเป็นสุขอย่างคนปกติได้					A6 []
10. การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาโรคเบาหวาน					A10 []
11. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานข้าวเหนียวขัดขาว					A11 []

คำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	สำหรับผู้วิจัย
มากกว่าข้าวซ้อมมือ หรือข้าวเจ้า						
12. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ถ้ารับประทานอาหารประเภทโปรตีนโดยไม่จำกัด จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้เร็วขึ้น						A12[]
13. ผู้ป่วยเบาหวานหากรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องออกกำลังกายและควบคุมอาหารก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้						A12[]
14. คนที่เป็นโรคเบาหวานนาน ๆ จะทำให้เกิดไตอักเสบ และไตวายได้						A14[]
15. คนที่เป็นโรคเบาหวานนาน ๆ จะทำให้เกิดต่อกระจกประสาทตาเสื่อมถึงตาบอดได้						A14[]
16. การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น						A14[]
17. การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง						A14[]
18. หากปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โดยสม่ำเสมอแล้วอาการของโรคเบาหวานจะดีขึ้น						A14[]

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเบาหวานของญาติ

สำหรับผู้สัมภาษณ์ : อ่านคำชี้แจงและข้อคำถามให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังและให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือก

คำตอบ ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ถูกเลือก

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 นี้เป็นการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาเลือกข้อคำตอบที่ท่านปฏิบัติดังนี้

- ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อนั้น 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อนั้นน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อนั้นเลย

คำถาม	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย	สำหรับผู้วิจัย
ด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน						
1. ท่านเป็นคนจัดยารักษาเบาหวานให้ผู้ป่วยรับประทานตามกำหนดทุกครั้ง						P1 []
2. ท่านเพิ่มหรือลดยาให้ผู้ป่วยเองโดยดูตามอาการของผู้ป่วย						P2 []
3. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยยืมยาจากผู้ป่วยคนอื่นเมื่อยาเบาหวานของผู้ป่วยหมดก่อนกำหนด						P1 []
4. ท่านเป็นผู้คอยเตือนให้ผู้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง						P1 []
ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน						
5. ท่านเป็นคนปรุงอาหารหรือจัดอาหารให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลาทั้ง 3 มื้อ						P5 []
6. ท่านจัดอาหารประเภทข้าวเจ้าให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานครบทั้ง 3 มื้อ						P6 []

คำถาม	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย	สำหรับผู้วิจัย
7. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้รสหวานได้ทุกชนิด โดยไม่จำกัดปริมาณ						P7 []
8. ท่านปรุงอาหารประเภทผักใบเขียวเช่นผักกาด ผักบุ้ง ผักคะน้าให้ผู้ป่วยรับประทาน						P8 []
9. ท่านห้ามไม่ให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง นมข้นหวาน						P7 []
10. ท่านปรุงอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมันมากให้ผู้ป่วยรับประทาน						P10 []
11. ท่านแนะนำหรือปรุงอาหารประเภทปลาให้ผู้ป่วยรับประทาน						P10 []
ด้านการออกกำลังกาย						
12. ท่านคอยเตือนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายวันละ 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง						P10 []
13. ถ้าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือแน่นหน้าอก ท่านแนะนำให้หยุดการออกกำลังกาย						P13 []
14. ท่านสนับสนุนจัดหาชุด รองเท้าสำหรับออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย						P13 []
15. เมื่อผู้ป่วยอยากเดินทางไปออกกำลังกายในที่อื่นที่อยู่ห่างไกลท่านเป็นคนสนับสนุนพาผู้ป่วยเดินทางไปทุกครั้ง						P15 []

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติ
สำหรับผู้สัมภาษณ์ : อ่านคำชี้แจงและข้อคำถามให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังและให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือก
คำตอบ ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ถูกเลือก

ลำดับที่	หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	หลักสูตรการอบรม						
1	เนื้อหาที่ได้รับมีความครอบคลุม และมีความเหมาะสม						S1 []
2	เนื้อหาที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย						S2 []
3	ผู้เข้าอบรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานกับบุคคลอื่น						S3 []
3	ผู้เข้าอบรมเรียนรู้และเข้าใจภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน						S3 []
3	เนื้อหาที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้						S3 []
	ด้านวิทยากร						
6	ผู้สอนมีการเตรียมตัวในการสอน						S6 []
3	ผู้สอนสามารถอธิบายเนื้อหาได้ชัดเจน มีการเชื่อมโยงเนื้อหาในการสอน						S3 []
2	ผู้สอนใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย						S8 []
9	ผู้สอนเปิดโอกาสซักถาม และตอบคำถามได้ชัดเจน						S3 []

ลำดับที่	หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	วิธีการสอน						
10	มีเทคนิคการสอนและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้						S10 []
11	อธิบายได้ตรงประเด็น						S11 []
12	ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น						S12 []
	สื่อ/ อุปกรณ์ในการสอน						
13	รูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสม						S13 []
14	เอกสารประกอบการบรรยายมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ตรงประเด็น						S14 []
	ด้านสถานที่/ ระยะเวลา						
15	สถานที่เหมาะแก่การเรียนรู้						S15 []
16	ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์						S16 []
14	ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม						S14 []
10	ความพึงใจในภาพรวมของท่านที่มีต่อขั้นตอนและกระบวนการทั้งหมด						S14 []

ภาคผนวก ง
ภาพกิจกรรมตามโปรแกรม



ภาพที่ 4 ผู้ศึกษาแจ้งรายละเอียด วัตถุประสงค์ รูปแบบการจัดกิจกรรม



ภาพที่ 5 วิทยากรบรรยาย



ภาพที่ 6 ญาติแยกกลุ่ม บอกเล่าประสบการณ์



ภาพที่ 7 ญาติแยกกลุ่ม บอกเล่าประสบการณ์



ภาพที่ 8 แยกกลุ่มสร้างความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย