

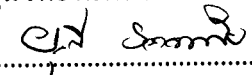
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM FOR CAREGIVERS AND ELDERLY
PATIENTS WITH DIABETES IN KANTHARAWICHAH DISTRICT,
MAHASARAKHAM PROVINCE

จุฑารัตน์ รัชญา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
พฤษภาคม 2559
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ จุฑารัตน์ รังษา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

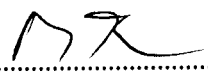
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจจากภัย)

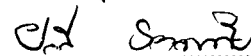
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์)


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจจากภัย)

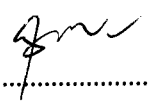
.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล)

วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รศ.ดร.ยวดี รอดจางภัย อาจารย์
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งได้ให้คำปรึกษา
ถ่ายทอดความรู้ ให้ข้อเสนอแนะ ติดตามปรับปรุงและแก้ไขวิทยานิพนธ์โดยตลอด ผู้วิจัย
ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์
ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ นายแพทย์
วิชาญ เกิดวิชัย คณบดีคณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา รศ.ดร.สุนันทา โอศิริ
อาจารย์ประจำคณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต
พยาบาลชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรม
ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคามและเจ้าหน้าที่ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง
ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนนิสิตภาคปครุ่น 4 สาขาวิชาการสร้างเสริม
สุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจในการวิจัยครั้งนี้จน
สำเร็จ

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิตา แด่
บุพการี คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา
และประสบความสำเร็จจนทุกวันนี้

จุฑารัตน์ รัชยา

พฤษภาคม 2559

56910082: วท.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ/ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุ/ โรคเบาหวาน

จุฑารัตน์ รังษา: ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุ
โรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (EFFECT OF EMPOWERMENT
PROGRAM FOR CAREGIVERS AND ELDERLY PATIENTS WITH DIABETES IN
KANTHARAWICHAI DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE).

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ยุวดี รอดจากภัย, ศ.ค.; ไพบุญย์ พงษ์แสงพันธ์, Ph.D.,
98 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ดูแล 30 ราย และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ส่งผลต่อการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จะเป็นอีกแนวทางในส่งเสริมพฤติกรรมดูแลและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

56910082: M.Sc. (HEALTH PROMOTION)

KEYWORD: EMPOWERMENT/ CAREGIVERS AND ELDERLY PATIENTS/ DIABETES

JUTHARAT RUNGSA: EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM FOR
CAREGIVERS AND ELDERLY PATIENTS WITH DIABETES IN KANTHARAWICHAI
DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: YUVADEE
RODJARKPAI, Dr.P.H.; PAIBOON PONGSAENPAN, Ph.D., 98 P. 2016.

This research is a quasi-experimental study. The objective was to study effect of empowerment program for caregivers and elderly patients with diabetes in Kantharawichai district, Mahasarakham province. The sample was divided into experimental group and comparison group, with each group consisted of 30 caregivers and 30 elderly patients with diabetes. The Experimental group was received the empowerment program for caregivers and elderly patients with diabetes which comprised of activities such as including group education and home visit in 6 weeks. The data was collected by interview and blood glucose monitors. Frequencies, percentages, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test were used for statistical analysis.

Results of the research study showed that after expose to empowerment program, The caregivers in the experimental group had an average score of perceived empowerment, and caring behavior were higher than before the experiment and higher than comparison group, with statistical significance ($p < 0.05$). The elderly patients with diabetes in the experimental group had an average score of health behavior of elderly patients with diabetes were higher than before the experiment and higher than comparison group, with statistical significance ($p < 0.05$). The Fasting blood sugar level in the experimental group after the experiment was lower than before the experiment and lower than comparison group, with statistical significance ($p < 0.05$).

The results of this study would suggest that this empowerment program based on Gibson's concept should be recommended for further expansion and guided to promote caring behavior and health behavior in other groups.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	8
ข้อจำกัดของการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ผู้สูงอายุ	12
บทบาทของผู้ดูแล	16
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	19
แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย	42
รูปแบบการวิจัย	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ)	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	56
4 ผลการวิจัย.....	57
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	70
สรุปผล	70
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	76
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	84
ภาคผนวก ก.....	85
ภาคผนวก ข.....	87
ภาคผนวก ค.....	89
ประวัติย่อของผู้วิจัย	98

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ 23
2	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 59
3	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 62
4	การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง..... 65
5	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 65
6	การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 66
7	การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 66
8	การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 67
9	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 68
10	การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 69
11	การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 69

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2 แผนการดำเนินการทดลอง	55

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างของประชากรโลกและประชากรไทยกำลังเปลี่ยนจากโครงสร้างประชากรวัยเด็กในอดีตเป็นประชากรวัยผู้สูงอายุและก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จากปัจจัยการลดลงของอัตราการเกิดและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้น ประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,070.6 ล้านคนในปี 2543 และในอีกปี 2568 จะเพิ่มขึ้นอีกเป็น 7,851.4 ล้านคน (ศรีประภา ลุนละวงศ์, 2555) ในขณะที่ประชากรไทยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่พบว่าไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เพราะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2548 และคาดว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี 2563 และใน พ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัว อยู่ที่ร้อยละ 25 ทำให้ประเทศไทยเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลจะมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มถดถอยลงตามธรรมชาติ ประกอบกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่มาอย่างต่อเนื่อง ทำให้วัยสูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น และจากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปีพ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชากรในวัยสูงอายุเป็นโรคเบาหวาน (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2556) สำหรับในประเทศไทยก็ประสบปัญหาโรคเบาหวานเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก จากการสำรวจข้อมูลจำนวนและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานในปี 2556 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 9,647 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 27 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 14.93 ต่อแสนประชากร และจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวบรวมรายงานจาก 76 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 336,265 ราย อุบัติการณ์ 523.24 ต่อประชากรแสนคน มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 17.56 และกลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 2,128.04 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2550-2554 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2,407, 2,125, 2,205, 2,358 และ 2,513 ต่อประชากรแสนคน (โรงพยาบาลมหาสารคาม,

2554 อ้างถึงใน วัฒนา สว่างศรี และศิราณี อินทรหนองไผ่, 2558)

แนวทางพื้นฐานที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาล และจิตใจ แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการควบคุมอาหาร (วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2551 อ้างถึงใน นิดิกุล บุญแก้ว, 2556) และมีพฤติกรรมออกกำลังกายค่อนข้างน้อย หรือออกกำลังกายบ้างแต่ไม่ปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยให้เหตุผลว่าการทำงานคือการออกกำลังกายไปในตัวอยู่แล้ว (เลิศมณฑน์ฉัตร อัครวาทิน, สุรางค์ เมรานนท์ และสุทธิ ชัดติยะ, 2554) และการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นภาวะเครียดที่ผู้ป่วยจะต้องมีการปรับแบบแผนดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะโรค แต่ในผู้ป่วยสูงอายุบางรายไม่มีทักษะในการจัดการกับความเครียด (อำภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2553) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ร่วมกับการรักษาโดยใช้ยา รวมถึงการส่งเสริมด้านจิตใจให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว โดยครอบครัวจะต้องเข้ามามีบทบาทในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เป้าหมายหลักในการดูแลคือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด สมาคมโรคเบาหวานแห่งอเมริกา แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ประมาณ 90-130 มก./ ดล. ตลอดเวลาทั้งในวัยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ (American Diabetes Association, 2010) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนล้วนมีผลเสียอย่างมากทั้งในด้านการเจ็บป่วยและการสูญเสียชีวิต อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพที่เกิดหากได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุก็น่าจะเป็นปกติ แต่ถ้าการดูแลนั้นไม่ดีเท่าที่ควรก็จะก่อให้เกิดปัญหาภาวะทุพพลภาพตามมา

การมีผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในครอบครัว ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานนั้นมีตั้งแต่การดูแลที่ง่ายจนกระทั่งถึงการดูแลที่ยุ่ยากซับซ้อน ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลบางคนจึงรู้สึกว่าการที่ทำงานที่ทำนั้นเป็นภาระที่หนัก อีกทั้งผู้ดูแลยังรู้สึกถึงการขาดความเป็นส่วนตัว รู้สึกซึมเศร้า มีปัญหาด้านการเงิน ต้องแยกตัวออกจากสังคม และถ้าไม่มีผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้นได้ (Group, 2001 อ้างถึงใน ปีพมาภรณ์ พรหมวิเศษ, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, และกฤษฏ์ไพบ สรรพกิจ,

2556) และทำให้สมาชิกในครอบครัวที่กลายมาเป็นผู้ดูแลต้องเพิ่มภาระบทบาทและหน้าที่ในการดูแลด้านต่าง ๆ เช่น ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียด ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้อง (ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง, 2557) ซึ่งจะนำไปสู่การขาดพลังอำนาจและขาดศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหวัง และขาดการแสวงหาความรู้และความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ขาดการตัดสินใจที่ถูกต้อง และใช้วิธีการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลมีพลังอำนาจก็จะมีศักยภาพในการรับรู้ ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม มีการแสวงหาข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิตได้ การหาแนวทางในการทำให้ผู้ดูแลรับรู้ในพลังอำนาจและศักยภาพของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดการการควบคุมสถานการณ์ในการดูแล มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รวมทั้งนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสาน เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและเกิดกำลังใจในการดูแลต่อไป (Gibson, 1995 อ้างถึงใน ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ และคณะ, 2556)

จากเหตุผลข้างต้นดังกล่าวการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันก็เป็นวิธีหนึ่งที่เหมาะสม ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ค้นพบและยอมรับสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่ร่วมกัน สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1993 อ้างถึงใน ทิพสุดา นุ้ยแมน, 2554) โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นวิธีการที่จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานพร้อมที่จะเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานทุกคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ได้รับฟังความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำนั้น ๆ มีผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อบทบาทการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (วิชัย เสนอชุ่ม, พงศนิพันธ์ สุฤทธิ, ณรงค์ศักดิ์

หนูสอน, และธนัช กนกเทศ, 2554) สิ่งสนับสนุนให้มีการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมตนเองและครอบครัว (ภาวนา กิริติยุดวงส์ และสมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ซึ่งการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวเกิดการปฏิบัติ เกิดความตระหนัก ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าต่ำกว่าบุคคลในครอบครัวกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพด้านเศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง, 2555) การใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความตระหนักและปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง (สุริยาภรณ์ อุทรักษ์, 2555) และจากข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภอกันทรวิชัย ในปีพ.ศ. 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 1,839 คน คิดเป็นอัตราป่วย 2,354 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลกันทรวิชัย, 2557) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นสถานบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิที่มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบในเขตตำบลมะค่า จำนวน 8 หมู่บ้าน รับผิดชอบดูแลประชากรทั้งหมดประมาณ 2,379 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 784 คน คิดเป็นร้อยละ 14.08 ของประชากรทั้งหมด และจากทะเบียนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า พบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานมีจำนวน 321 คน คิดเป็นร้อยละ 40.94 ของประชากรผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า, 2556) สถานการณ์เบาหวานในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าเพิ่มสูงขึ้นและมีปัญหาไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวนมาก ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย และรับประทานยาไม่ถูกต้อง จากการสำรวจข้อมูลบริบทของตำบลมะค่าเป็นลักษณะชุมชนชนบท มีลำน้ำชีไหลจากทิศตะวันตกสู่ทิศตะวันออกของชุมชน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำสวนและไร่ ลักษณะครอบครัวมักเป็นครอบครัวขยาย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจะอยู่ร่วมกับบุตรหลาน แต่หากบุตรหลานแยกครอบครัว ก็จะปลูกบ้านเรือนในละแวกเดียวกัน รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลอย่างสม่ำเสมอในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการที่จะช่วยกระตุ้นเตือนเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกิดกำลังใจ สามารถดูแลตนเองได้ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจและส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีโอกาสนำไปกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพร่วมกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม และคงไว้ซึ่งบทบาทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2.3 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

2.4 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง

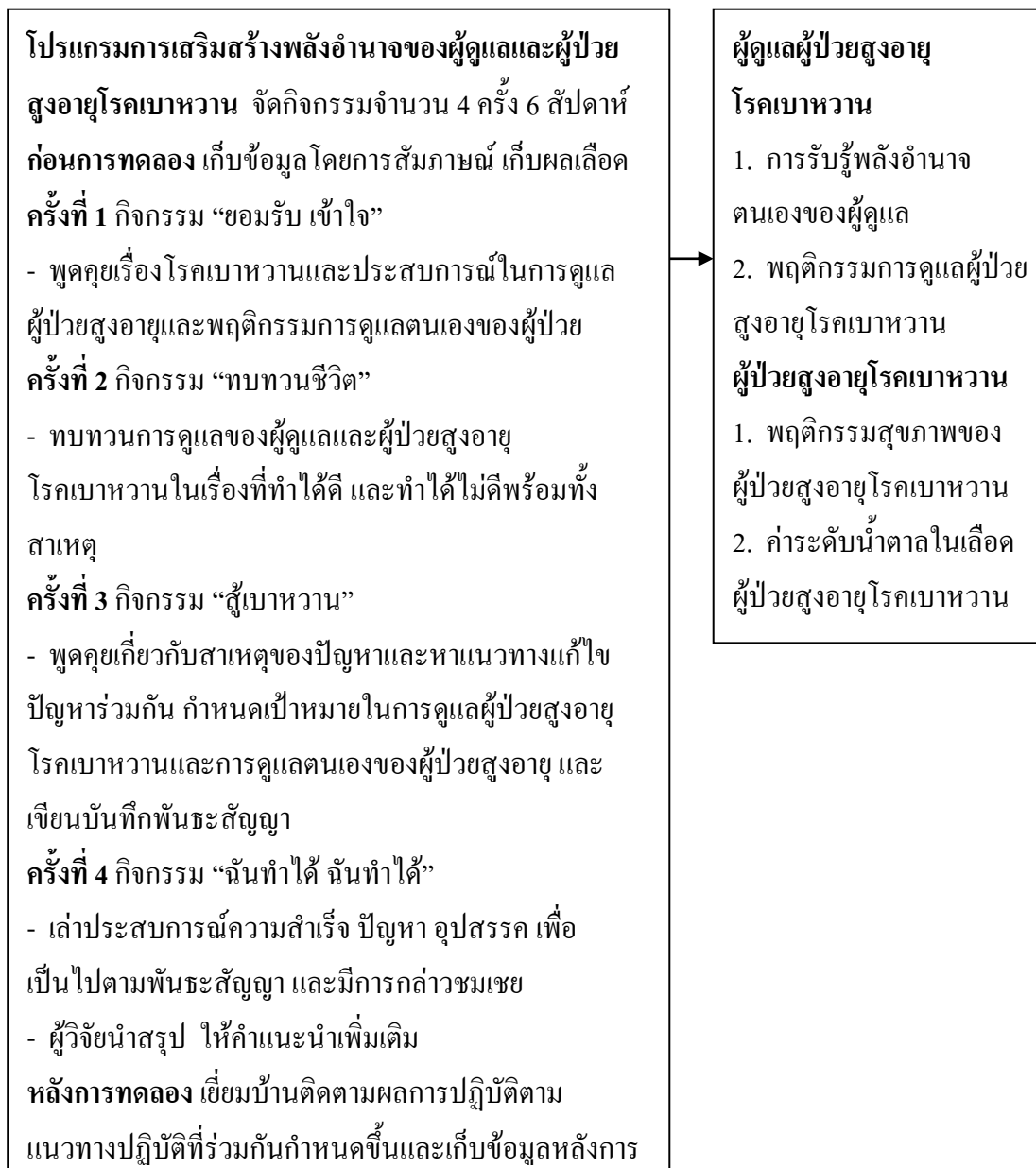
4. หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง
5. หลังการทดลองผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
6. หลังการทดลองผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
7. หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
8. หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน สามารถสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าก่อนทดลอง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ดังภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ได้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ได้ถูกต้องเหมาะสม
2. สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนในสาขาที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปใช้ประกอบการเรียนการสอน การวิจัย และการบริการวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน
3. ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ สามารถนำผลการศึกษาวินิจฉัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนจัดทำแผนงาน/ โครงการ ส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ในชุมชนให้มีศักยภาพมากขึ้น
4. เป็นแนวทางการศึกษาค้นคว้าเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน ซึ่งมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยวัตถุประสงค์ของโปรแกรมในเรื่องการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดำเนินการทดลองและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์

ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน ลูกเขย ลูกสะใภ้ หรือญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ ดล.ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ที่มาติดตามผลการรักษา และมีรายชื่อ

อยู่ในทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมา

ข้อจำกัดของการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ ดล. ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ที่มาติดตามผลการรักษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง บุคคลที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ ดล. ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้งที่มาติดตามผลการรักษา

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน ลูกเขย ลูกสะใภ้ หรือญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 20 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่ประยุกต์แนวคิดของ (Gibson, 1993) ซึ่งมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานไว้เพื่อให้ผู้ดูแลใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและทำความเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้ดีขึ้นเหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วย และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

การรับรู้พลังอำนาจ หมายถึง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแล และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทาน

ยา และจิตใจ

พฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านจิตใจ มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการควบคุมอาหาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกี่ยวกับการเลือกประเภทอาหาร และการประกอบอาหารหรือจัดเตรียมอาหาร
2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกี่ยวกับการแนะนำวิธีการออกกำลังกาย การพาผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานไปออกกำลังกายในสถานที่ที่เหมาะสม และการสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย
3. ด้านการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานให้ได้รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง ตรงตามเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด
4. ด้านจิตใจ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานให้รู้สึกผ่อนคลายและสนับสนุนการเข้าสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน การพาไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้เลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านจิตใจ มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการควบคุมอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร และปริมาณอาหาร
2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเพื่อให้มีกิจกรรม และการออกกำลังกายเป็นประจำ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย
3. ด้านการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกี่ยวกับการรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง ตรงตามเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด
4. ด้านจิตใจ หมายถึง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้เกิดความเครียด รู้สึกผ่อนคลาย โดยการพบปะพูดคุยกับผู้อื่น การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ของชุมชน ตลอดจนการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา เช่น การทำสมาธิ ไหว้พระสวดมนต์

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง ผลเลือดจากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ได้จากการตรวจเลือดเจาะจากหลอดเลือดดำ หรือเจาะจากหลอดเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว โดยก่อนตรวจผู้ป่วยต้องอดอาหารอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง ค่าที่ได้จะแสดงระดับน้ำตาลปัจจุบันที่เจาะเลือด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานแนวทางการประกอบ การศึกษาครอบคลุมในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. บทบาทของผู้ดูแล
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
4. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้ง นิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยาม ผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของ ร่างกายโดยผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี (ชมพูนุช พรหมศักดิ์, 2556)

สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดนิยามผู้สูงอายุไว้ว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ได้แบ่งกลุ่ม ผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกาย เริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปี ขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยแห่งการเกษียณอายุหรือออกจากงานประจำที่ทำ ต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลง จึงจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (มินตรา สิริวันต์, 2550)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานทางสังคม โดยแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ และโรคภัยของแต่ละบุคคล ทั้งที่เป็นที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล อุปการะจากคนในครอบครัวและสังคมเพื่อให้มีความสุข (ขวัญดาว กล่ำรัตน์, 2554)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย สมควรที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือและถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน

2. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นไปตามความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ ทำให้มีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังต่อไปนี้ (ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนตำบลสาวชะโงก, 2555)

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change) เมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง

2.1.1 ตา สายตายเป็นอาการที่พบได้มากในผู้สูงอายุ นอกจากนั้น อาการกระจกตาขุ่น ต้อกระจก การปรับสายตาช้าลงความไวในการมองภาพลดลงก็มีโอกาสพบได้ในผู้สูงอายุ

2.1.2 หู มักมีอาการสูญเสียความสามารถในการได้ยิน การได้ยินเสียงโทนสูงลดลง แต่ได้ยินเสียงโทนต่ำชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา

2.1.3 ผม เปลี่ยนแปลงจากสีเดิมเป็นสีขาว รวมถึงมีขนาดเล็กลง บางหลุดร่วงง่าย

2.1.4 ผิวหนัง ผิวหนังจะมีลักษณะแห้ง บางเหี่ยยุ่น ขาดความมันและความยืดหยุ่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหนาวได้ง่าย เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง พบมีรอยเหี่ยวช้าเกิดขึ้นได้ง่าย เนื่องจากเส้นเลือดเปราะ

2.1.5 ระบบกระดูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะของกระดูกสูง เนื่องจากมีการเสื่อมสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูก และการขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกพรุน หักง่าย

2.1.6 ระบบทางเดินหายใจ การทำงานของปอดจะมีประสิทธิภาพลดลง มีอาการเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้อ ทร่วงอกทำงานได้ลดลง

2.1.7 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุจะมีพื้นที่โยกคลอน หักงาย หรือใส่ฟันปลอม จึงมีปัญหาต่อการเคี้ยวมากและการรับรสจะไม่ดีเท่าที่ควร ผู้สูงอายุมักเลือกอาหารประเภทแป้งมากขึ้น เพราะเคี้ยวง่าย ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็น เช่น โปรตีน วิตามิน เกลือแร่

2.1.8 ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะจะมีความจุลดลง มีการคั่งค้าง ปัสสาวะเพิ่มขึ้นหลังการถ่าย ส่งผลทำให้ปัสสาวะบ่อยและอาจมีปัสสาวะราดได้ ในผู้ชายมักมีต่อมลูกหมากโตทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและถ่ายบ่อยขึ้น

2.1.9 ระบบประสาท เนื่องจากเซลล์ประสาทมีจำนวนที่ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ความรู้สึกชา การเคลื่อนไหวช้าความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสมอง กล้ามเนื้อ และข้อต่อ ผิดปกติไป การทรงตัวแย่ลง มีอาการสั่นตามร่างกาย บางรายอาจมีภาวะหลงลืมได้ง่าย

2.1.10 ระบบหัวใจและการไหลเวียน กล้ามเนื้อหัวใจมีการอ่อนแรงไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้นและทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ความยืดหยุ่นลดลงมีผลทำให้ความดันโลหิตจะสูงขึ้น

2.1.11 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผลจากความเสื่อมทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลงต้องพึ่งบุคคลอื่น โดยเฉพาะลูกหลานมากขึ้น รวมไปถึงการที่ผู้สูงอายุบางคนต้องสูญเสียอำนาจ บทบาทในสังคมและตำแหน่งหน้าที่การงานเดิม จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ หมดคุณค่า และสิ้นหวังซึ่งมักเกิดร่วมกับอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ หลงลืม ฟุ้งซ่าน โรคหัวใจ โรคข้อ เป็นต้น

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

วัยสูงอายุภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองข้ามไปจากสังคม การเปลี่ยนตำแหน่งในครอบครัว ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่คุณสูงอายุจะต้องยอมรับ จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ก็จะกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว เป็นที่ปรึกษา หรือผู้คอยดูแลบ้าน

หรืออาจเป็นผู้อาศัยไป ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมรู้สึกว่าการขาดความสำคัญนอกจากนี้การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุดทำให้รู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว

จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทางร่างกาย ทางจิตใจอารมณ์และพฤติกรรม และทางสังคม ทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการเริ่มพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข

3. ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนอาจแตกต่างกันไปบ้าง ดังนั้นควรที่จะทำความเข้าใจพื้นฐานชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญยิ่ง โดยทั่วไปความต้องการของผู้สูงอายุ พอสรุปได้ดังนี้ (บังอร ธรรมศิริ, 2549 อ้างถึงใน สุทธิพงษ์ บุญผดุง, 2554)

3.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมตามฤดูกาล และต้องการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

3.2 ความต้องการทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ การเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจและการให้อภัย

3.3 ความต้องการทางด้านสังคม ผู้สูงอายุยังต้องการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะเพื่อน การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

3.4 ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง ช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคมและทำบุญ รวมทั้งเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย

ในทำนองเดียวกัน การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัวควรให้การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย โดยดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล แบ่งเบาภาระเรื่องงานในบ้าน พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น แวนตา ไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง

2. ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ โดยเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรัก ความเคารพ ยกย่อง ยอมรับนับถือ ฟังผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ชีวิต ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดงานวันเกิด การพาผู้สูงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสม การแสดงให้เห็นความสำคัญของวันสงกรานต์ ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ

3. ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม โดยแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามที่ต้องการและพยายามสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมที่เหมาะสมตามกำลังความสามารถที่จะทำได้ เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

4. ตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ โดยรับภาระค่าใช้จ่าย การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการหาเงินเพื่อเลี้ยงชีพตนเอง รวมทั้งบุตรหลานหรือครอบครัวไม่ควรเบียดเบียนด้านการเงินกับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีความจำกัดด้านการเงิน

กล่าวโดยสรุปความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุนับเป็นการดูแลผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ต่อการดำเนินชีวิต ที่สำคัญช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยวกับการใช้ชีวิตที่เป็นอยู่ต่อไป

บทบาทของผู้ดูแล

1. ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลหรือญาติผู้ดูแลที่บ้านหรือศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในการเขียนบทความหรืองานวิจัยของต่างประเทศคือ “family caregiver” หรือ “informal caregiver” หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยต้องพิจารณาสิ่งเหล่านี้ (Zarit et al., 1998 อ้างถึงใน วรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ, 2556, หน้า 91)

1.1 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์โดยการมีความเป็นญาติ หรือแม้แต่มบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตกับผู้รับการดูแล

1.2 ผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ ความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ มีผลต่อการกระทำกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแพทย์ โดยต้องเกิดขึ้นและตอบสนองอย่างต่อเนื่อง

1.3 มุ่งเน้นเฉพาะการช่วยเหลือดูแลโดยไม่คิดหวังที่จะรับค่าตอบแทนใด ๆ

1.4 สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชน ที่อยู่อาศัยไม่ใช่ในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่นในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

การรับประทานยา และจิตใจ

2. ประเภทของการเป็นผู้ดูแล (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน วารุณี มีเจริญ, 2557, หน้า 11)

2.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยตรงและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยทั่วไปของผู้ที่ได้รับเลือกให้เป็นผู้ดูแลหลักว่า มีรูปแบบที่เป็นลำดับขั้นตอนกล่าวคือ เริ่มจากภายในครอบครัวได้แก่ คู่สมรสของผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าหากมีข้อจำกัดอันไม่สามารถจัดการดูแลได้ ผู้ดูแลรองลงไป ได้แก่ บุตร หลาน และญาติอื่น ๆ ตามลำดับ

2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เข้ามาให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย เช่น ช่วยยกตัวผู้ป่วย หรือช่วยขับรถ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ในบางครั้ง หรือมาดูแลแทนผู้ดูแลหลักในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่ว่างหรือเจ็บป่วยเป็นต้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยได้นั้นมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล ดังนี้ (อาจริย์ แสงโสภณ, วิยะดา เมกัสสกุล, มาเรียม เกาะประเสริฐ และอัญชรส ทองเพ็ชร, 2553, หน้า 22-23)

3.1 อายุ อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทั้งทางด้านภาวะจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจ หรือตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ โดยความสามารถนี้จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุจากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ และค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีสุขภาพทางร่างกายแข็งแรงและมีความพร้อมทางสังคมสามารถพัฒนาเป็นผู้ดูแลที่ดีได้มากกว่าวัยอื่น แต่ถ้าผู้ดูแลที่มีอายุมากมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวจะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายยากลำบากในการดูแลมากกว่าวัยอื่น

3.2 เพศ เพศที่ต่างกันอาจมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงวัยกลางคน ซึ่งอาจเนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือมานานว่า เพศหญิงเป็นแม่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2552)

3.3 ระดับการศึกษา การศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิต ทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญาแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล ซึ่งการได้รับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ทักษะและทัศนคติที่มีต่อการดูแลตนเองและบุคคลอื่น รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น ดังนั้น ผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจรับรู้ถึงภาระการดูแลน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำได้

3.4 สถานภาพสมรส ตามลักษณะของสังคมไทย การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีการแต่งงานจะก่อให้เกิดความสัมพันธ์ต่อกันก่อให้เกิดระบบครอบครัว และระบบสังคมขึ้นในระหว่างพี่น้องภายในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ซึ่งสามารถจะชี้ให้เห็นถึงศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลได้ซึ่งถ้าผู้ดูแลเป็นคู่สมรสของตนเองจะมีความเข้าใจและปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่

3.5 อาชีพ ผู้ดูแลที่มีงานประจำจะรู้สึกว่าการรับบทบาทผู้ดูแลเป็นการเพิ่มภาระงานของตนมากยิ่งขึ้นทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียด ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้อง (ศิริณี ศรีหาภาค และคณะ, 2557)

3.6 รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลเนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมกับโรค รวมทั้งการใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ผู้มีรายได้น้อยอาจต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในการแสวงหาสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยทำให้รู้สึกเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายจากการดูแล ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยย่อมจะมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่า

3.7 สัมพันธภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อบทบาทการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (วิชัย เสนอชุ่ม และคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย เสนอชุ่ม ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบกับธรรมเนียมประเพณีไทยที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ บุตรจึงมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบต่อการดูแลบิดา-มารดาเมื่อยามแก่ชรา

4. ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (Caregiver burden)

เมื่อผู้ดูแลต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในครอบครัว ดังนั้น กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแล จึงเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบ เพิ่มขึ้นจากบทบาทหน้าที่ตามปกติ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ (มยุเรศ ฤทธิทรงเมือง, 2555)

4.1 การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ตลอดจนดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และการช่วยเหลือทั่วไปด้านการใช้แรงและกำลัง อาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายการดูแลคือ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานบรรลุถึงปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต เพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในด้านต่าง ๆ แต่ในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การดูแลจึงมีความ

ซับซ้อนกว่าปกติ ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องรู้วิธีการให้การดูแลปัญหาเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานแต่ละราย

4.2 การให้การดูแลสนับสนุนด้านอารมณ์ และจิตใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยมีผลต่อจิตใจเป็นอย่างมาก เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียด โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องรับการรักษาเป็นเวลานาน บุคคลในครอบครัวต้องยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่แสดงความไม่พอใจหรือตำหนิ ควรให้ความสนใจ รับฟังเมื่อผู้ป่วยระบายความทุกข์ให้ฟัง และปลอดภัยให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง พุดในเรื่องที่ผู้ป่วยสบายใจ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

4.3 เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานระหว่างบุคลากร หรือสถานพยาบาล

4.4 เป็นผู้จัดหาและให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งในค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และสังคม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกายและลดบทบาททางสังคม ทำให้เกิดปัญหา และความต้องการตามมามากมาย ผู้สูงอายุจึงมีความคาดหวังที่จะมีผู้ให้การตอบสนองความต้องการดังกล่าว บุคคลในครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1. ความหมายโรคเบาหวาน

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2544, อ้างถึงใน อมรรัตน์ รัตนพันธ์, 2552) ได้กล่าวว่าโรคเบาหวาน คือ ความผิดปกติเรื้อรังที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลกลูโคสที่ได้จากอาหารที่รับประทานเข้าไปเนื่องจากร่างกายไม่สามารถสร้างฮอว์โมนอินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงเกินขีดจำกัดของไตก็จะขับออกมาในปัสสาวะ

เทพ หิมะทองคำ (2540, อ้างถึงใน อุดมพร ยอดภูมิินทร์, 2553) ได้กล่าวว่าโรคเบาหวาน คือ ภาวะร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติหรือเกิดจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน โดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้งในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับอาการสำคัญของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลด หิวบ่อย รับประทานจุ

สามารถสรุปได้ว่า โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่ได้จากการ

รับประทานอาหารไปใช้ได้ตามปกติ จึงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและถูกขับออกมาทางปัสสาวะ

2. ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่ (ปริศนา ปทุมอนันต์, 2554)

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes) เกิดจากการทำลาย เบต้าเซลล์ของตับอ่อน ส่วนใหญ่จะเกิด autoimmune ส่วนน้อยจะไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวานชนิดนี้ในที่สุดจำเป็นต้องใช้อินซูลินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ *ketoacidosis*

2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะ คือ อินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน ซึ่งเป็นโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด

2.3 โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ (Other specific type of diabetes) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ยา หรือสารเคมี และอื่น ๆ

2.4 โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) เป็นความผิดปกติในความทนต่อกลูโคสซึ่งวินิจฉัยได้เป็นครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์

3. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุใช้เกณฑ์การวินิจฉัยมาตรฐานเหมือนโรคเบาหวานในวัยอื่น ไม่มีการปรับตามอายุ เนื่องจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนแปลงในทางที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุยังคงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มอายุน้อยกว่า โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้เสนอเกณฑ์ในการวินิจฉัยเบาหวานคือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหาร (Fasting plasma glucose: FPG) เป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงเท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและหรือหลังดื่มสารละลายกลูโคส 75 กรัมในน้ำ 300 มิลลิลิตร (75 gram oral glucose tolerance test: 75 g OGTT) เป็นเวลา 2 ชั่วโมงเท่ากับหรือมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

4. อาการและอาการแสดง

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการที่หลากหลาย ซึ่งบ่อยครั้งเป็นอาการที่ไม่จำเพาะ และอาการที่พบบ่อยมี ดังนี้ (พรนภา ไชยอาสา, กนกพร สุคำวัง, และอักรอนงค์ ปราโมช, 2551)

4.1 ถ่ายปัสสาวะมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไต ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ จึงทำให้ปัสสาวะมากและบ่อยครั้ง ปัสสาวะมีมดขึ้น

4.2 ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เมื่อเสียน้ำมากจึงเกิดภาวะขาดน้ำ จากการสูญเสียน้ำทางปัสสาวะ ทำให้กระหายน้ำมาก และดื่มน้ำบ่อย

4.3 น้ำหนักลด (Weight loss) เนื่องจากเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ร่างกายจึงมีการสลายไขมันและ โปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะขาดน้ำ ทำให้น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว

4.4 รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายสลายเอาเนื้อเยื่อมาใช้เพื่อจะนำมาใช้เป็นพลังงานชดเชย ภาวะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อยและรับประทานจุ

4.5 อาการที่เกิดจากโรคแทรกซ้อนของเบาหวานแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง เช่น เป็นแผลเรื้อรังตามแขนขา เกิดแผลง่ายแต่หายยาก ตาพร่ามัว สับสน อ่อนเพลีย เป็นต้น

5. สาเหตุของโรคเบาหวาน

เบาหวานเกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลให้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอ หรือมีพอแต่ใช้ไม่ได้ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งมีสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2552)

5.1 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

5.2 ความอ้วน ความอ้วนทำให้เนื้อเยื่อต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Insulin resistance) ความชุกของเบาหวานในคนอ้วนพบมากเป็น 3 เท่าของคนไม่อ้วน

5.3 อายุ พบว่าอายุที่มากขึ้นมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น

5.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท

5.5 มีประวัติเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรที่มีน้ำหนักเกิน

4 กิโลกรัม

5.6 ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

5.7 การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีผลทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ดีขึ้น ลดการสะสมของไขมันบริเวณหน้าท้องซึ่ง ไขมันจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน

6. ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เร็ว รุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนที่มีอายุน้อย ภาวะแทรกซ้อนแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ศูนย์พัฒนาครอบครัวใน

ชุมชนตำบลสาวชะโงก, 2555, หน้า 27-28)

6.1 ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่

6.1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เกิดจากการมีอินซูลินไม่เพียงพอ ในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก ผู้ป่วยจะมีอาการ ซึม สับสน ไม่รู้ตัว มีอาการขาดน้ำ ผิวหนังแห้ง ตาลึก อาจตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 400 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร

6.1.2 ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลใน เลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีสาเหตุจากการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเกิน ขนาด การรับประทานน้อยและการดื่มสุรามากทำให้สมองมีน้ำตาลใช้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการ ตัวเย็น เหงื่อออก หัวใจเต้น

6.2 ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง ได้แก่

6.2.1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ เกิดที่หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัม พฤษ์ อัมพาต อวัยวะส่วนปลาย เช่น มือ เท้าขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดแผลเนื้อตาย

6.2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ อาการตามัวไม่ สามารถปรับภาพให้คมชัดได้ โรคไตที่มีสาเหตุเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เลือดไป เลี้ยงไตได้น้อยลง เป็นผลทำให้เกิดการเสื่อมของไต อัตราการกรองของไตลดลง มีการรั่วของ โปรตีนทางปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีอาการบวม เกิดภาวะไตวายและทำให้หมดสติได้

6.2.3 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ทำให้มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ปัสสาวะลำบาก ท้องผูกสลับท้องเดิน

7. การควบคุมโรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลรักษาโรคเบาหวานจึง มุ่งที่จะลดหรือชะลอการเกิดปัญหาแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่สุขภาพดีไม่มีโรคร่วม ให้ ควบคุมในระดับเข้มงวดคือใช้เป้าหมาย $HbA_{1c} < 7.0\%$ ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการ ดำเนินกิจวัตรประจำวันได้และมีโรคร่วมอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลร่วมด้วย เป้าหมาย HbA_{1c} 7.0-7.5% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่

การควบคุมเบาหวาน	เป้าหมาย		
	ควบคุม เข้มงวดมาก	ควบคุม เข้มงวด	ควบคุม ไม่เข้มงวด
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร	70-110 มก./ ดล.	90-<130 มก./ ดล.	< 150 มก./
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 2 ชั่วโมง	< 140 มก./ ดล.	-	ดล.
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหาร	-	< 180 มก./ ดล.	
HbA _{1c} (% of total hemoglobin)	< 6.5 %	< 7.0 %	7.0-8.0%

ที่มา: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2557, หน้า 13)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลรักษาจึงมุ่งที่จะลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การตั้งเป้าหมายควรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย และผู้ดูแล ดังนี้

7.1 การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารของผู้ที่เป็นเบาหวานมีความสำคัญมากเพราะจะส่งผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน การควบคุมอาหารให้ได้ผลนั้นผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ

หลักการกำหนดอาหารผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมอาหารของผู้ที่เป็นเบาหวานนั้นต้องรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายเพื่อให้เกิดความสมดุลของพลังงานในร่างกายและสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

7.1.1 คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ อาหารจำพวกแป้งต่าง ๆ เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ วุ้นเส้น ขนมปัง เผือก มันและน้ำตาล แนะนำให้บริโภคประมาณร้อยละ 50 ของพลังงานรวมในแต่ละวัน โดยให้มีส่วนที่ได้จากผัก ธัญพืช ถั่ว ผลไม้ และนมจืดไขมันต่ำ เป็นประจำ เนื่องจากมีใยอาหารและสารอาหารอื่นในปริมาณมาก

7.1.2 ไขมัน ควรบริโภคไขมันไม่เกินร้อยละ 30-35 ของพลังงานรวมแต่ละวัน โดยใช้ไขมันไม่อิ่มตัวที่ได้จากพืช เช่น ถั่ว ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวันและควรงดไขมันอิ่มตัว เช่น อาหารจำพวกไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ไขมัน เพราะจะทำให้คลอเรสเตอรอลสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

7.1.3 โปรตีน ผู้ป่วยเบาหวานควรบริโภคโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานทั้งหมด ถ้าการทำงานของไตปกติ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในวัยสูงอายุ จำเป็นต้องได้รับโปรตีนให้เพียงพอและควรได้รับจากไข่ นม เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เต้าหู้ ผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับไตควรลดปริมาณโปรตีนให้น้อยลง

7.1.4 วิตามินและแร่ธาตุ ไม่จำเป็นต้องให้วิตามินหรือแร่ธาตุเสริมในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ขาดสารอาหารเหล่านั้นเนื่องจากอาจมีความไม่ปลอดภัยได้ในระยะยาว แต่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในวัยสูงอายุอาจให้วิตามินรวมพร้อมแร่ธาตุเสริมเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะในผู้ที่ควบคุมอาหารหรือกินได้น้อยไม่ครบหมู่

ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องรู้จักบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีพลังงานที่พอเหมาะ สัดส่วนของอาหารต้องเหมาะสมและให้ปฏิบัติตามหลักโภชนาการเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานอย่างเคร่งครัดควรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อตรงตามเวลา ไม่ควรงดมื้อใดมื้อหนึ่งเพราะอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจนหมดสติ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. อาหารที่ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารประเภทน้ำตาลและขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฟอยทอง สังขยา เค้ก ไอศกรีม นมข้นหวาน น้ำผลไม้
2. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักกาด ผักคะน้า ถั่วฝักยาว ผักบุ้ง ถั่วงอก
3. อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง บะหมี่ ส่วนผลไม้ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ส้มแดง ฝรั่ง ควรรับประทานในปริมาณที่กำหนดให้

สรุปในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน นั้นมีความสำคัญมากเพราะจะต้องพิจารณาจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น ชนิด จำนวน รวมถึงการปรุงอาหาร ดังนั้นผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ควรมีความรู้ความเข้าใจในการจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน

7.2 การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพที่ดี และยังสามารถช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต รวมทั้งน้ำหนักตัว นอกจากนี้ยังทำให้ผ่อนคลายลดความเครียด ความกังวลได้ การมีกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน ทำสวน เดิน อย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที เท่ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับหนักปานกลางได้ ขึ้นกับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557)

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพราะเป็นออกแรงโดยอาศัยพลังงานที่เผาผลาญโดยใช้ออกซิเจน (Oxidative phosphorylation) กล้ามเนื้อหลายกลุ่มมีการยืดหยุ่นและหดตัวสัมพันธ์กันเป็นระยะเวลานานพอเมื่อน้ำตาลถูกดึงไปที่กล้ามเนื้อ ร่างกายจะพุงระดับน้ำตาลในเลือดให้เพียงพอที่จะส่งไปที่กล้ามเนื้อตามความต้องการ รวมทั้งสมอง หัวใจและอวัยวะส่วนอื่น ๆ ด้วย เป็นการออกกำลังกายด้วยความหนักปานกลาง การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่นิยม ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ เต้นรำ เป็นต้น ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายอยู่ในช่วง 30-45 นาที และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (มะรุระ ใจเย็น, 2553) ก่อนให้ผู้ป่วยเริ่ม โปรแกรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ควรได้รับการประเมินจากทางการแพทย์ถึงสมรรถภาพของร่างกายและโรคประจำตัวที่มีอยู่ ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม

ก่อนออกกำลังกายควรมีการอุ่นเครื่อง (Warm-up) และผ่อนคลาย (Cool-down) โดยการอุ่นเครื่องทำท่ากายบริหารง่าย ๆ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที หลังออกกำลังกายเสร็จไม่ควรหยุดพักทันที ขณะออกกำลังกายผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ควรระมัดระวังการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะที่เท้าควรระมัดระวังเป็นพิเศษเลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับเท้า เวลาที่เริ่มออกกำลังกายไม่ควรเป็นเวลาที่ท้องว่าง ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังออกกำลังกาย มีการเตรียมท่อพีพีหรือน้ำหวานไว้ให้พร้อมในกรณีที่เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ในการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ควรจดจำอาการผิดปกติต่าง ๆ ไว้ และรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อปรับประโยชน์ในการรักษาที่สำคัญในการออกกำลังกาย คือ ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับผลของการออกกำลังกาย และวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง

สรุปการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งในช่วง 30-45 นาที จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเม็ดเลือดแดงลดลง มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งการออกกำลังกายมีหลายรูปแบบ ดังนั้นผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ออกกำลังกายในรูปแบบที่เหมาะสมสามารถทำได้

7.3 การรับประทานยา

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนอกจากจะควบคุมอาหาร ออกกำลังกายแล้วยังต้อง ใช้น้ำให้ถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ การที่จะควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ด้วยการรับประทานยาและการลดยา แต่ในการศึกษานี้เน้นเฉพาะกลุ่ม ที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา จึงขอกว่าเฉพาะยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน เท่านั้น กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน มีดังนี้ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา, 2553)

7.3.1 กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น ได้แก่ ยากลุ่ม ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulphonylurea) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิลยูเรีย (non-sulphonylurea หรือ glinide) และ ยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-1 (GLP-1) ได้แก่ยากลุ่ม DPP-4 inhibitor (หรือ gliptin) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นเบต้าเซลล์ในตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อ ตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากที่สุด

7.3.2 ยากลุ่มไบกัวนินด์ (Biguanides) เป็นยากลุ่มเพิ่มความไวของอินซูลิน (Insulin sensitizers) มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างกลูโคสที่ตับ เพิ่มฤทธิ์ของอินซูลินที่กล้ามเนื้อและไขมัน ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้

7.3.3 กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ ได้แก่ กลุ่มอัลฟาไกลูโคซิเดสอินฮิบิเตอร์ (Alpha-glucosidase inhibitors) ที่ยับยั้งเอนไซม์ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ เช่น อะคาโบส (Acarbose) มีประโยชน์ในผู้ที่มีเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วย การควบคุมอาหารและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สามารถใช้ร่วมกับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ชนิดอื่นซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน ยากลุ่มนี้จะรับประทานพร้อมอาหาร

7.3.4 กลุ่มไทอะโซลิดิไดโอน (Thiazolidinedione) ได้แก่ โทรจิตาโซน (Troglitazone) โรซิกลิทาโซน (Rosiglitazone) ยากลุ่มนี้ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้นทั้งที่ ตับและเนื้อเยื่อส่วนปลาย สามารถยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ส่วนผลต่อกล้ามเนื้อพบว่าสามารถ เพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ ยากลุ่มนี้เหมาะที่จะใช้กับกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะดื้อต่อ อินซูลิน ยากลุ่มนี้ให้ได้ทั้งก่อนและหลังอาหาร

ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดจะต้องมี การปฏิบัติตัวโดยรับประทานยาให้ถูกต้อง และทราบผลข้างเคียงของยา รับประทานยาให้ตรงเวลา ไม่เพิ่มจำนวนยาด้วยตนเองเมื่อลืมรับประทาน

7.4 ด้านจิตใจ

การเสริมสร้างด้านจิตใจ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น จึงสามารถทำได้โดยการฝึกจิตใจให้ผ่อนคลาย ฝึกควบคุมสติและอารมณ์ การทำสมาธิ ไม่เป็นคนโกรธง่าย มองโลกในแง่ดี และคิดเชิงบวก เมื่อผู้ป่วยกำหนดอารมณ์ได้มากขึ้นร่างกายจะหลั่งสารสุขออกมา อวัยวะภายในและระบบทำงานต่าง ๆ สามารถทำงานได้อย่างปกติสอดคล้องประสานกัน (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2552)

การทำสมาธิ

การทำสมาธิถือได้ว่าเป็นการผ่อนคลายที่ลึกซึ้งที่สุด สมาธิทำให้จิตใจสงบนิ่ง ไม่ฟุ้งซ่าน และมีพลังมาก วิธีฝึกสมาธิบำบัดมีหลายวิธี ได้แก่ การนั่งภาวนา เดินจงกรม การฝึกเพ่ง ลูกแก้ว ฯลฯ แต่การทำสมาธิควรคำนึงถึงเวลา และสถานที่ด้วย นั่นก็คือ ควรเลือกสถานที่ที่เรารู้สึกผ่อนคลาย สบาย ๆ ไม่ร้อนไม่หนาวเกินไป อุณหภูมิในห้องสบาย ๆ ซึ่งการทำสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจสามารถทำได้โดยหลับตาลงเพื่อจะได้ตัดตัวเองออกจากโลกภายนอก จิตจะได้สงบง่ายขึ้น แล้วเริ่มด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากระทบปลายจมูก หรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าจะขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ จิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มีเหตุผล และยังช่วยทำให้ความดันในร่างกายน้อยลง และชีพจรเต้นช้าลงทำให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย การฝึกสมาธินอกจากจะช่วยทำให้มีสุขภาพดีแล้ว ยังช่วยบำบัดโรคทางกายได้เช่นกัน โดยอาศัยการฝึกฝนด้วยตนเอง และต้องทำแบบสม่ำเสมอ ๆ เพื่อช่วยให้การฝึกสมาธิสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างแท้จริง

การคิดเชิงบวก

เมื่อกายป่วยย่อมส่งผลให้ใจเป็นทุกข์ไปด้วย ในทำนองเดียวกัน เมื่อใจเป็นทุกข์ก็ย่อมส่งผลทำให้กายป่วยหนักลงไปอีก วิธีการอย่างหนึ่งที่จะช่วยทำให้ความทุกข์ทางใจอันเกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายบรรเทาลงได้ก็คือ การคิดเชิงบวก ซึ่งการคิดเชิงบวกเป็นการหามุมมองที่เป็นบวก มุมมองที่ทำให้เรานั้นมีแง่คิดที่ดี มุมมองที่ทำให้เรามีกำลังใจ มุมมองที่ทำให้เรารู้สึกมีความสุข ทุกข์น้อยลง มุมมองที่ทำให้เรามีความสุขมากขึ้น มีแรงจูงใจที่จะต่อสู้กับชีวิต ที่จะเผชิญชีวิต หรือที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การคิดด้านบวกนี้จะช่วยบรรเทาความรู้สึกทุกข์ ไม่พอใจ เศร้า เสียใจที่จะเกิดขึ้นให้ลดน้อยลงไปได้ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลาย และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพของตนเองนั้นแข็งแรงขึ้น

หลักสำคัญของการคิดเชิงบวก ประกอบด้วย (สคส เกตุไ নয়, 2554)

1. การกำหนดทิศทางความคิดให้ถูกต้อง เป็นประโยชน์ในการรักษาโรคได้
2. คนที่มีความสุขใจจะฟื้นจากโรคได้เร็วกว่าคนที่มีความทุกข์ เพราะจิตใจของคนเรามีอิทธิพลอย่างมากต่อการรักษาสมดุลของร่างกายที่เปลี่ยนไป
3. การนั่งเงียบ ๆ และการสวดมนต์ไหว้พระ หรือนั่งสมาธิอย่างน้อยวันละ 10 นาที จะช่วยให้คุณมีความสงบและผ่อนคลายเพราะจิตใจของคนเรามีอิทธิพลอย่างมากต่อการรักษาสมดุลของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป
4. การส่องกระจกและยิ้มอย่างมีความสุขให้กับตนเองในกระจก บอกกับตนเองว่าตั้งแต่วินาทีนี้เป็นต้นไปฉันจะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไม่ย่อท้อ
5. หาเวลาให้กับตนเองที่จะหัวเราะ ลองหาขำขันหนังตลก การแสดงตลกมาดูบ้าง เพราะการหัวเราะเป็นยาวิเศษในการปลดปล่อยความทุกข์การหัวเราะทำให้ร่างกายสงบและผ่อนคลาย
6. การออกกำลังกายจะช่วยให้สภาพร่างกายและจิตใจของเราดีขึ้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและกระปรี้กระเปร่ายิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานจึงต้องมีการฝึกหัดเพื่อเสริมสร้างจิตใจให้แข็งแรงไม่อ่อนไหวไปกับสิ่งเร้าจากสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เข้ามากระทบกับจิตใจของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยกำหนดอารมณ์ไม่ให้ความเครียดได้มากขึ้น ร่างกายจะหลั่งสารสุขออกมา ทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย ระบบการทำงานต่าง ๆ จะทำงานอย่างสอดคล้องประสานกันดี สุขภาพร่างกายก็จะแข็งแรงดีตามไปด้วย

8. การประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ในการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ 3 วิธี คือ การวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (Fasting blood sugar) การวัดระดับฟรุคโตซามีน (Fructosamine) และการวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะการวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (Fasting blood sugar)

การวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (Fasting blood sugar) การวัดวิธีนี้ตรวจได้จากเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ หรือเจาะจากหลอดเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว ซึ่งการวัดผลทั้ง 2 วิธีนี้มีความแม่นยำใกล้เคียงกัน ก่อนตรวจผู้ป่วยต้องอดอาหารอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง และงดรับประทานยาลดน้ำตาลหรือยาคินดอินซูลินก่อนตรวจ ในวัยผู้ใหญ่มีค่าปกติจากซีรัม 70-110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และจากหลอดเลือดดำทั้งหมด มีค่าปกติ 60-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2552) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่จำเป็นต้องเจาะทุกวัน อาจตรวจ

4-6 สัปดาห์ต่อครั้งก็ได้ตามความเหมาะสม ข้อดีของวิธีนี้คือราคาถูก และค่าที่ได้แสดงระดับน้ำตาลปัจจุบัน ถึงแม้จะมีข้อเสีย คือ ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นเร็วมากตามชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน ดังนั้นการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเข้า จึงเป็นดัชนีบ่งชี้การวัดระดับน้ำตาลในเลือดหรือภาวะของเบาหวาน ในขณะที่เจาะเลือดได้ แม้ว่าจะไม่สามารถบอกถึงการควบคุมโรคเบาหวานในระยะที่ผ่านมาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนได้

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่บุคคล องค์กร และชุมชน สามารถพัฒนาการควบคุมชีวิตตนเองได้ (Rappaport, 1984 อ้างถึงใน ชนิษฐา สุระเชษฐา, 2553) การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลังมีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคล และสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991 อ้างถึงใน ยุวดี รอดจากภัย, 2555)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การกระทำในรูปแบบต่าง ๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพ ความสามารถ ความแกร่งในการทำกิจกรรมหรือการดำรงชีวิตเป็นการใช้ในเชิงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interactional process) ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถ ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การงาน ความสำเร็จ และความ เป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจ ที่ทำให้เกิดความร่วมมือ หรือให้มีพลังอำนาจมากขึ้น (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2542 อ้างถึงใน กษิตดา พานทอง, 2551)

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพในการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตน สามารถควบคุม และจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อชีวิตของตน เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง ที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเอง ไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นตลอดจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนให้สำเร็จลุล่วง ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงสุดบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของกิบสัน ปัจจัยที่จะทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก็คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (Bond) และความรัก (Love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่อง

นั้น ๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Value) ประสบการณ์ (Experience) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และเป้าหมายในชีวิต (Determination) โดยมีความคับข้องใจ (Frustration) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งอาจแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้ (Gibson, 1993 อ้างถึงใน ชนิษฐา สุระเดชาวุธ, 2553)

2.1 ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor)

2.1.1 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นการที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น

2.1.2 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง การมีความรักในตนเองนับว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2.1.3 ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

2.1.4 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้จะมีอุปสรรค

2.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตร หลาน ญาติ หรือบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคอง และให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้รับบริการด้วยกันเอง เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากบุคคลอื่น ๆ แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

3. ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม โดยเน้นให้บุคคลมีความตระหนักในการปกป้องส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนแรก ofกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และ

สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง โดยขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognition) และด้านพฤติกรรม (Behavior)

3.1.1 การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกคับข้องใจในเรื่องที่เกิดขึ้น ความคับข้องใจจะเป็นแรงขับเคลื่อนให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถทำได้ดีกว่านี้หรือมีโอกาสมืออาชีพที่ดีขึ้น ทำให้บุคคลมีกำลังใจ และพยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม

3.1.2 การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถ หรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือวารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล บุคคลคนอื่น ๆ ซึ่งประสบกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

3.1.3 การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนเอง การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนี้ มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไรเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจจนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เอง ถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และพร้อมกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงและเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเองจะส่งผลให้บุคคลได้

พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้อำนาจกลับมาประเมินปัญหา และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) จะทำให้เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge)

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหามาแก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลของทีมสุขภาพ 3) บุคคลได้รับความเอาใจใส่ และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษา และได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และความสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่น ๆ จะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังนี้

3.3.1 การปกป้องสิทธิ (Advocating for) โดยคิดว่าการให้ตนเองได้รับการดูแลเป็นสิ่งที่จะต้อง เป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นจึงกระทำ

3.3.2 การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น

3.3.3 การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจในการดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในแก่ตนเอง

3.3.4 การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในสถานบริการ (Driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล การได้นำศิลปะความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล การได้นำปัญหาของบุคคลอื่น ๆ มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ และส่งผลให้ตนเองดีขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (Sense of power)

3.3.5 การสร้างความรู้สึกร่วมกัน (Establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลตนเองและการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่น ๆ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ และการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ จะช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

3.4 ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติในขณะนี้ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว พยาบาลและบุคคลจะร่วมมือแก้ไขปัญหาคือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่แก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของกิ๊บสันเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคลและการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิด Gibson (1993) การรับรู้พลังอำนาจเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกระบวนการภายในบุคคล (Intrapersonal process) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ตามมาภายหลังประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การพัฒนาตนเอง (Self development) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสม และถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้น

4.2 ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of mastery) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ประกอบกับการนำความรู้และ

ประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

4.3 ความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดี มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีกำลังใจ ส่งผลให้การปฏิบัติงานบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4.4 การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าภายในตนมีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความรับผิดชอบ และต่อผู้อื่น

กิบสันเชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านระดับสูงก็สามารถให้การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความมีคุณภาพ และความสำเร็จในงาน ได้นั้นคือคุณลักษณะทั้ง 4 ด้านเป็นคุณลักษณะสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาบุคคล แม้ผลการศึกษากองกิบสันจะพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งคุณลักษณะของบุคคลทั้ง 4 ด้านดังข้างต้น แต่จากการศึกษาพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจอาจเกิดผลต่อการรับรู้ของบุคคลในทางลบ (พนารัตน์ เจนจบ, 2542 อ้างถึงใน ทิพสุดา นุ้ยแมน, 2554) ได้แก่

1. ถูกปฏิเสธ (Rejection) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการตอบสนองหรือยอมรับในการแสดงความคิดเห็น หรือไม่มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การรับรู้ดังกล่าว เกิดจากบุคคลที่มีพลังอำนาจในตนเองมักจะเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นและมีความต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งอาจจะได้รับการละเลยหรือได้รับการปฏิเสธ

2. การมีความรับผิดชอบเกินจำเป็น (Responsibility overload) หมายถึง การที่บุคคลมีศักยภาพและความสามารถของตนจนเป็นที่ยอมรับ ก็จะทำให้ได้รับความไว้วางใจมอบหมายให้รับผิดชอบภาระต่าง ๆ มากขึ้น จนบุคคลนั้นรับรู้ได้ถึงภาระรับผิดชอบที่ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดแก่บุคคลได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

3. การขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ (Less support) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าเมื่อความสามารถของตนได้รับการยอมรับทำให้เกิดความไว้วางใจจนอาจทำให้ถูกละเลย หรือได้รับการสนับสนุนน้อยลงเมื่อคิดว่าสามารถพึ่งตนเองได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของกิบสันเองพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่เกิดการรับรู้ทางลบดังกล่าว และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นยังมีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่น และพึงพอใจในตนเองในระดับสูง

5. การประยุกต์การสร้างเสริมพลังอำนาจในระบบบริการสาธารณสุข

การสร้างเสริมพลังอำนาจได้ถูกนำไปใช้ในระบบบริการสาธารณสุข โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า คนจะมีสุขภาพดีถ้าคน ๆ นั้นสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่เฉพาะแต่ระดับตนเอง แต่เป็นระดับสังคม สิ่งแวดล้อมและองค์กรด้วย เมื่อพิจารณาในระบบบริการสุขภาพ วัฒนธรรมการให้บริการทำให้ผู้ป่วยและญาติ ขาดพลังอำนาจและรับรู้ที่ต้องทำตามคำแนะนำแพทย์ แม้ในบางกรณี ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามได้ ดังนั้น เราจึงพบเสมอว่าปัญหาการให้บริการของโรงพยาบาลส่วนหนึ่งคือการที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามแผนการรักษาได้ หากมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและสร้างบรรยากาศของโรงพยาบาลที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกเป็นอิสระ ยอมรับและเรียนรู้เรื่องต่าง ๆ ที่แพทย์ต้องการให้ทำ หรือเสนอแนะให้ทำ การเรียนรู้และความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติได้มากกว่าที่เป็นอยู่ ดังนั้น กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนที่กล่าวมาเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความตระหนักกับเหตุการณ์ สะท้อนคิด มีการหาแนวทางในการปฏิบัติรวมทั้งการลงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณภาพเพื่อสร้างความตระหนักและเข้าใจในปัญหาตามสภาพการณ์จริง องค์กรความรู้ ความเข้าใจในโรคเบาหวานและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของผู้ดูแลที่จะควบคุมเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เพิ่มการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ส่งผลให้เพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์ (2552) ศึกษาการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภูมิปัญญาในพื้นที่ตำบลนั้น ๆ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอบางไทร รักษาโรคเบาหวานด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และต้องมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือในการควบคุมโรค โดยแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบ 33 ราย และกลุ่มทดลอง 33 ราย ในกลุ่มทดลองใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ผลของการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองหลังการทำกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

สมคิด ปุณะศิริ, จินต์จุฑา รอดพาล, สมคิด ศรีราภี, และวิราวรรณ จันทมูล (2552) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหรือผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองด้านร่างกายทั้งโดยรวมและรายด้าน และความสามารถในการดูแลด้านจิตสังคมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น

ประภา ชีวีโรจน์ รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์ รวีวรรณ เผ่ากัณหา และวารี กังใจ (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ซึ่งมารับบริการที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปรเมษฐ์ นามชู (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การปรับตัวด้านร่างกายและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มๆ ละ 5 คน เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมรวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปรับตัวด้านร่างกายโดยรวม และรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีระดับ HbA1C ต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปรับตัวด้านร่างกายโดยรวม และรายด้าน สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีระดับ HbA1C ลดต่ำลงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิชัย เสนอชุ่ม, พงศนิพันธ์ สุฤทธิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และธนัช กนกเทศ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบล

พะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่จำนวน 250 ราย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การศึกษาระดับการศึกษา การมีและเข้าถึงทรัพยากรสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนจากภาครัฐ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องรับผิชอบดูแล และปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีและเข้าถึงทรัพยากร การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพการพยากรณ์

เพรียวพันธุ์ อุตาย, นิรมล เมืองโสม, และประยูร โกวิทช์ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 74 ราย และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 74 ราย ซึ่งมีเพศเดียวกันและอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี กับกลุ่มศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ ตารางเมตร พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ดี และพฤติกรรมการรับประทานยา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรระมัดระวังในปัจจัยดังกล่าว โดยเน้นการปรับเปลี่ยนเรื่องการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและควบคุมโรคเบาหวานต่อไป

สุริยาภรณ์ อุทรักษ์ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแซง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยเบาหวานจะทำให้ผู้ที่ป่วยเบาหวานมีความเชื่อมั่น สามารถนำรูปแบบการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมา

ประยุกต์เข้ากับชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ยูวดี รอดจากภัย สมพล กิตติเรืองเกียรติ และประสิทธิ์ กมลพรมงคล (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 66 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

จุรีรัตน์ เจริญจิตต์ (2556) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอคลองจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคลอง โรงพยาบาลคลอง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.03, p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.58, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.66, p < .001$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.51, p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นวลอนงค์ ศรีสุกใส (2556) ได้ศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 174 ราย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมดูแลตนเองเฉลี่ย 4.38 วันต่อสัปดาห์ โดยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน การรับประทานยา และการดูแลเท้าและสุขอนามัยที่ดีที่สุด โดยเฉลี่ย 6.67 และ 5.38 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือ การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในด้าน การรับประทานอาหาร ปฏิบัติได้ 3.33 วันต่อสัปดาห์ และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายปฏิบัติได้น้อยที่สุดเฉลี่ย 3.25 วันต่อสัปดาห์ และเมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนจาก

ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

เยาวภา พรเวียง วิภาพรรณ หมิ่นมา พิศมัย ศรีสุวรรณนพกุล และวันทนา แก้วของผาง (2556) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับ โปรแกรม แดกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .50 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .50 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .50

มัตถก ศรีคล้อ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และหทัยชนก บัวเจริญ (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองสวน จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 รายที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองสวน จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัย พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจตนเองในการดูแลเท้า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Pun, Coates & Benzie (2009) ได้ศึกษาอุปสรรคในการดูแลตนเองของโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จากมุมมองของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดกว่า 8,900 คน และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ 4,550 คน ได้รับคัดเลือกจาก 28 ประเทศในการศึกษานี้ อุปสรรคสำคัญที่ระบุไว้ประกอบด้วยทางจิตสังคม ทางสังคมและเศรษฐกิจ ทางกายภาพ ทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางวัฒนธรรม ซึ่งผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพลังอำนาจของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่เป็นไปได้ที่ดีกว่าระบบการจัดส่ง การดูแลสุขภาพ และการปรับปรุงความสามารถ, การเข้าถึง และการมีประสิทธิภาพของการดูแลมีความจำเป็นในการช่วยให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานที่พึงประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Chlebowy & Garvin (2006) ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พลังความสามารถแห่งตน และการคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นอเมริกันผิวขาวและอเมริกันผิวเหลือง พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนการคาดหวังผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด และเฉพาะที่อเมริกันผิวดำ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พลังความสามารถแห่งตนกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการคาดหวังผลลัพธ์ ต่อพฤติกรรมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอเมริกันผิวดำมีการการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยอเมริกันผิวขาว

Beverly, Miller and Wray (2008) ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยกลางคนและวัยสูงอายุ ประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ก็คือการยึดถือแนวทางอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายอิทธิพลของการสนับสนุนของคู่สมรสต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอาหารในผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบความสัมพันธ์ของคู่สมรสที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นที่สำคัญ 5 ประการที่เกี่ยวข้องกับการยึดมั่นในอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย คือ การควบคุมปริมาณอาหาร ความสามารถด้านอาหาร ข้อผูกมัดหรือสัญญาที่จะสนับสนุน การสื่อสารของคู่สมรส และการปรับตัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน และจากการศึกษาด้วยการสนทนากลุ่มนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารข้อความด้านโภชนาการเพื่อเพิ่มทักษะและความรู้เฉพาะ

Shearer, Fleury, Ward and O'Brien (2010) ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า พบว่าองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุประสบความสำเร็จคือ การให้สุขศึกษา กระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ปัญหาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

Bandayrel and Wong (2011) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการทดลองควบคุมแบบสุ่ม ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโภชนาการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 15 คน โดยการสุ่มที่เกี่ยวข้องกับผลการโภชนาการในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าการให้คำปรึกษาด้าน โภชนาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตั้งวัตถุประสงค์ การวางแผนการปฏิบัติ การกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและการเข้ากลุ่ม มีผลดีต่อพฤติกรรมทางด้าน โภชนาการ

จากการศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ มุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องคือ บุคลากรด้านสุขภาพ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน นอกจากการรับประทานยาแล้ว สิ่งที่จะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการที่จะช่วยกระตุ้นเตือนและดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกิดกำลังใจ สามารถดูแลตนเองได้ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งในการให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ และให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหา และการกระทำ ผู้วิจัย คาดว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้จะทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคงไว้ซึ่งบทบาทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (Two group pretest-posttest research) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ดังรูปแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O_1	X	O_2
กลุ่มเปรียบเทียบ	O_3	~X	O_4

ภาพที่ 2 รูปแบบการทดลอง

O_1, O_3 หมายถึง การประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

X หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

O_2, O_4 หมายถึง การประเมินรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

~X หมายถึง การดูแลตามแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD ใน รพ.สต.มูลค่าที่มีให้ตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

1. คุณสมบัติของประชากรที่เป็นผู้ดูแล

- 1.1 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน ลูกเขย ลูกสะใภ้ หรือญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน
- 1.2 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 1.3 เป็นผู้มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสารความหมายได้เข้าใจตรงกัน
- 1.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 1.5 ไม่มีโรคทางกายที่รุนแรง และไม่มีโรคทางกายที่ทำให้เกิดทุพพลภาพ
- 1.6 มีความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. คุณสมบัติของประชากรที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

- 2.1 อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
- 2.2 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด
- 2.3 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ ดล.ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ที่มาติดตามผลการรักษา
- 2.4 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ป्राกฏชัดเจน ได้แก่ ใตววย ถูกตัดแขนขา ตามัว มากจนการมองเห็นผิดปกติ ความจำเสื่อม อัมพาต มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- 2.5 เป็นผู้มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสารความหมายได้เข้าใจตรงกัน
- 2.6 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 2.7 มีความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออก

1. ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกครั้ง
2. ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกิดการเจ็บป่วยกะทันหันหรือ

ต้องย้ายถิ่นฐาน

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (1994, Dawson-Saunders & Trapp อ้างถึงในอรุณจิรวัดน์กุล, 2550, หน้า 300) ดังนี้

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

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z_α = ค่าอัตราส่วนวิกฤตของพื้นที่ใต้โค้งปกติ ณ จุดระดับนัยสำคัญที่กำหนด 5%สองหางเท่ากับ 1.96

Z_β = ค่าอัตราส่วนวิกฤตของพื้นที่ใต้โค้งปกติด้านน้อย ณ จุดความเชื่อมั่น p กำหนดในที่นี้กำหนดที่ 95% เท่ากับ 1.64

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มทดลอง

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่า σ μ_1 และ μ_2 ได้จากรายงานการศึกษาของมยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง (2555) เรื่อง ผลของการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 14 คนพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติตัวของบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็น 4.18 (s.d = 0.34) และกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็น 3.66 (s.d = 0.55) จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเนื่องจากมีลักษณะงานวิจัยคล้ายคลึงกัน

แทนค่าในสูตร

$$n = 2 \left[\frac{(1.96 + 1.64) \frac{(0.34 + 0.55)}{2}}{4.18 - 3.66} \right]^2$$

$$= 18.97$$

$$n = 20$$

จากการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ดูแล 20 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและการออกจากการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล 30 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 30 คน

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยแบ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอกันทรวิชัย มีทั้งหมด 14 แห่ง จับสลากมา 1 แห่ง ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ซึ่งมี 8 หมู่บ้าน หมู่ 1,2,3, 4 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ 5, 8, 10 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นหมู่บ้านที่อยู่ห่างกัน แต่มีลักษณะใกล้เคียงกัน แล้วสุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในหมู่บ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ประกอบด้วยผู้ดูแล 30 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เป็นแผนการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ โดยแผนการจัดกิจกรรมประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993 อ้างถึงใน ทิพสุดา น้อยแมน, 2554) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การลงมือซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

2. สื่อที่ใช้

สไลด์เรื่องโรคเบาหวาน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เป็นสื่อที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเองจากการค้นคว้าเอกสารและตำรา ใช้ประกอบการจัดกระบวนการ เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ชนิดของโรคเบาหวาน อันตรายที่เกิดจากโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการมีส่วนร่วมของญาติที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ชนิดและลักษณะเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน มีลักษณะเป็นแบบถามปิดและแบบสอบถามแบบเปิดผสมกัน จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาที่ท่านได้รับสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจนถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล ถามความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 12 ข้อ ให้คะแนนเป็นรายข้อ ดังนี้

มากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
มาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
น้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่มีเลย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ถามพฤติกรรมการดูแลด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ ประเมินด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วย 5 ระดับ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ให้คะแนนเป็นรายข้อตามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

เป็นประจำ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
บ่อยครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
บางครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2

นาน ๆ ครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1
ไม่เคย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	0

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน มีลักษณะเป็นแบบถามปิดและแบบสอบถามแบบเปิดผสมกัน จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาที่ท่านได้รับสูงสุด ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคประจำตัวอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ ประเมินด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เกี่ยวกับกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้เลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วย 5 ระดับ โดยมีข้อความทั้งทางบวกและทางลบให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

คำตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เป็นประจำ	4 คะแนน	0 คะแนน
บ่อยครั้ง	3 คะแนน	1 คะแนน
บางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	1 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคย	0 คะแนน	4 คะแนน

2. เครื่องมือประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ด้วยเครื่อง Accu-check Performa เป็นเครื่องมือทดสอบหาปริมาณระดับน้ำตาลในเลือดในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มี Indicator ที่บ่งบอกความเข้มข้นของระดับน้ำตาลในเลือด ค่าที่ได้จะเป็นค่าของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด มีหน่วยเป็น mg/dl ได้รับการสอบเทียบเครื่องมือทุก 6 เดือนต่อครั้ง ซึ่งการตรวจประเมินระดับน้ำตาลในเลือด คือพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและใช้เครื่องชนิดเดียวกันตลอดการศึกษา

การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ และโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีขั้นตอน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาโดยศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อกำหนดโครงสร้าง และ

เนื้อหาของแบบสอบถามให้ครอบคลุมครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา

2. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ทำการศึกษาค้นคว้าตามแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ตรวจสอบ และนำมาหาดัชนีความเห็นสอดคล้องกัน (Index of Concerrence: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนเป็นผู้ประเมินให้คะแนนแบบสัมภาษณ์

$$IOC = \text{SUM}(R) / N$$

R คือ คะแนนที่ให้

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยในแต่ละข้อให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย = + = 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = - = -1 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 0 = 0 คะแนน

ค่าคะแนนที่แบบสอบถามใช้ได้คือ ≥ 0.2

2. การทดลองใช้

ก่อนนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้จริง ได้นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานไปทดลอง (Try out) กับผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานด้วยตนเอง และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้วิธีตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbach's alpha coefficient) โดย Alpha Coefficient > 0.70 พบว่า แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ มีค่า Alpha Coefficient = 0.81 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ มีค่า Alpha Coefficient = 0.85 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ มีค่า Alpha Coefficient = 0.82

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการ สัมภาษณ์ และดำเนินการทดลองประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมเยี่ยมบ้าน กิจกรรม รายกลุ่มย่อย เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คู่ โดยจัดกิจกรรมที่ศาลากลางหมู่บ้าน รวม 4 ครั้ง มีกิจกรรมเป็นการกระตุ้นให้ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ค้นพบและยอมรับสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่ร่วมกัน สะท้อน คิดในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่มให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการคิดอย่างมีเหตุผล แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 50 นาที เพื่อติดตามปัญหาและผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนด ขึ้น แล้วนำไปปฏิบัติจริงที่บ้านร่วมกับให้คำแนะนำเพิ่มเติม ใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม รวม 6 สัปดาห์ โดยทั้งห้ากลุ่มจะได้รับกระบวนการกลุ่มที่เหมือนกัน ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละ ครั้งจะมีผู้นำกลุ่ม คือผู้วิจัย และทำการเจาะเลือดโดยพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามและ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบแต่ละหมู่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เพื่อขออนุญาต และอำนวยความสะดวก ในการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ก่อนการทดลอง

ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่บ้าน โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ วิจัย ซึ่งแจ้งสิทธิของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การขอ ข้อมูลผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและใช้ ในการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล และให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุ

โรคเบาหวานตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และ เก็บผลเลือดครั้งล่าสุดจากสมุดค้อมือของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และแจ้งให้ผู้ดูแลและผู้ป่วย สูงอายุโรคเบาหวานทราบว่า จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง คือ หลังการทดลอง ใช้เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมง พร้อมทำการนัดหมายผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ศาลากลางหมู่บ้าน เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 2 ของการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 กิจกรรม “ยอมรับ เข้าใจ”

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ศาลากลางหมู่บ้าน และให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองให้ผู้ดูแลและ ผู้ป่วยสูงอายู้จก ทักทายด้วยการทำความเคารพและพูดคุยด้วยท่าทางและบรรยากาศที่เป็นกันเอง จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุพูดคุยเรื่องโรคเบาหวานซึ่งเนื้อหาครอบคลุมถึงความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา วิธีการควบคุมโรคเบาหวานและการสังเกตอาการที่ผิดปกติจาก ประสบการณ์ที่เคยได้ทราบมาและจากการดูแลผู้ป่วย รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง ครอบครัวตนเองและครอบครัวอื่น ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุไม่เข้าใจ โดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยาย

2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่การเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยซักถาม ผู้ดูแล “ท่านได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอย่างไรบ้าง” และซักถามผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ด้วยคำถาม “ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรบ้าง”

3. สรุปเรื่องเนื้อหาและการตอบคำถาม ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งนัดหมายในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ทบทวนชีวิต”

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ศาลากลางหมู่บ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานทบทวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้คำถามในประเด็นต่อไปนี้

1.1 การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแล

1.1.1 ท่านคิดว่าได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในเรื่องใดคืออยู่แล้ว

1.1.2 ท่านคิดว่าได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานไม่ดีในเรื่องใดบ้างและมีสาเหตุมาจากอะไร

1.2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

1.2.1 ท่านคิดว่าได้ดูแลตนเองในเรื่องใดคืออยู่แล้ว

1.2.2 ท่านคิดว่าได้ดูแลตนเองไม่ดีเรื่องใดบ้างและมีสาเหตุมาจากอะไร

2. สรุปการตอบคำถามและนัดหมายในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 3 กิจกรรม “สู้เบาหวาน”

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ศาลากลางหมู่บ้าน และร่วมกันทบทวนสาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ จากนั้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานช่วยกันให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข ปัญหา

2. ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความคาดหวังในผลดีของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและเขียนเป้าหมายในการดูแลที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเลือกที่จะปรับเปลี่ยนเป็นบันทึกพันธะสัญญาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานนำแนวทางที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่เข้าใจหรือหลงลืม

3. ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานร่วมกันสรุปเนื้อหา แนวทางแก้ไขปัญหา และนัดหมายในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 4 กิจกรรม “ฉันทำได้ ฉันทำได้”

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ศาลากลางหมู่บ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุเพื่อเป็นไปตามพันธะสัญญา

2. ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษารับฟังปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาในส่วนที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานไม่สามารถปฏิบัติได้ดี และพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ ผู้วิจัยมีการให้แรงเสริมทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน กรณีผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และถือว่าเป็นข้อ

ผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

3. ผู้วิจัยนำสรุป ให้คำแนะนำและสาธิตการดูแลเพิ่มเติม เช่น ตัวอย่างรายการพื้นบ้าน และปริมาณอาหารสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และการสาธิตการทำท่ากายบริหารขาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โดยท่ากายบริหารขาที่ใช้เป็นมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานลองฝึกปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และทำการนัดหมายเพื่อพบกันในสัปดาห์ที่ 6 ของการดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 หลังการทดลอง

ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่บ้าน ทบทวนปัญหา ผลการปฏิบัติ ตามแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนดขึ้น แล้วนำไปปฏิบัติจริงที่บ้านรวมถึงความต้องการความรู้เพิ่มเติมซึ่งผู้วิจัยสามารถที่จะช่วยให้คำแนะนำให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและมีการให้แรงเสริมทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจ เมื่อพบว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดี พร้อมทั้งให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่สัมภาษณ์ครั้งแรก ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และทำการนัดเจาะเลือดปลายนิ้ว (ระดับน้ำตาลครั้งที่ 2) ในตอนเช้าหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง วันรุ่งขึ้น และกล่าวขอบคุณผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง สรุปผลการทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

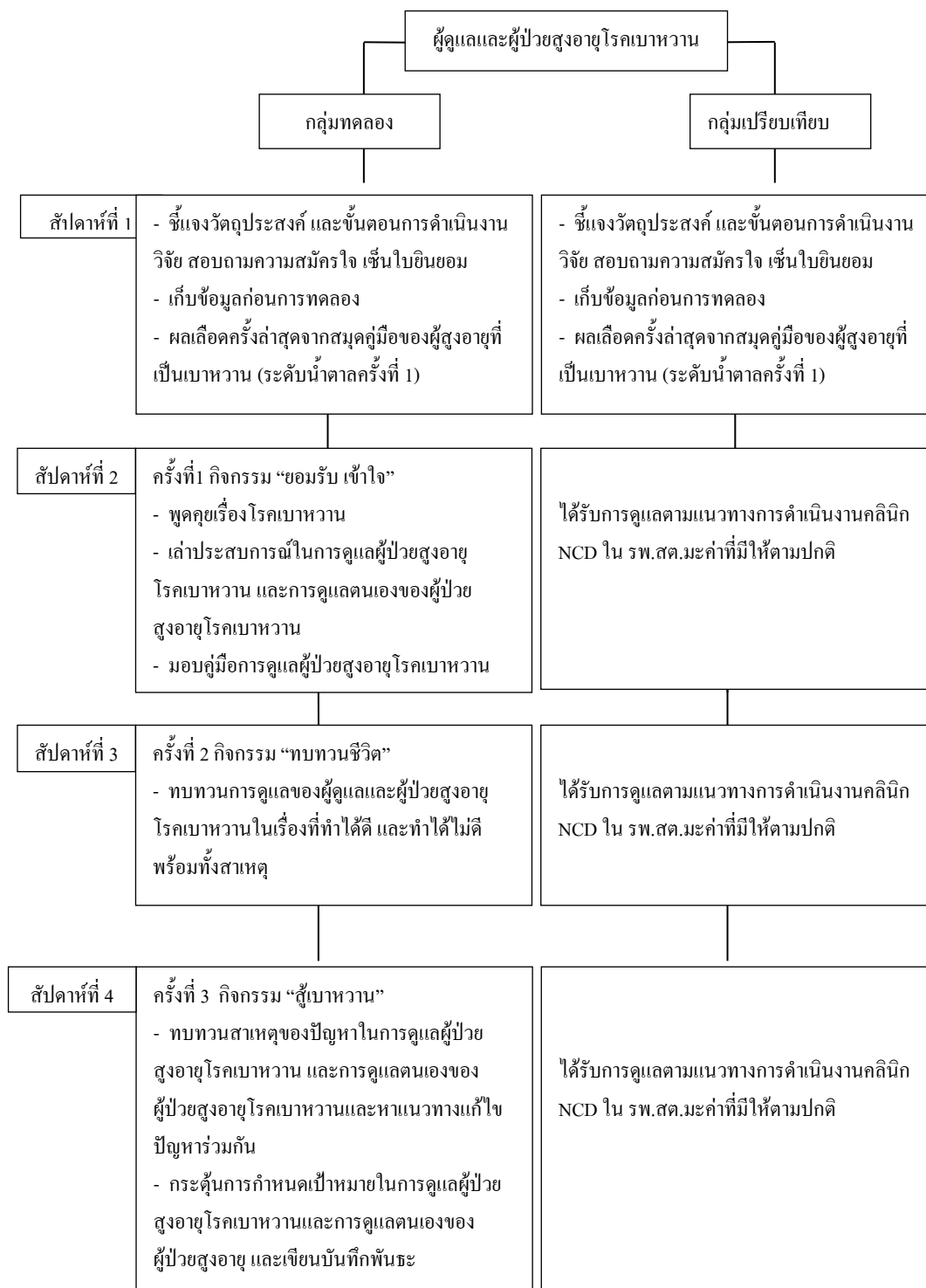
สัปดาห์ที่ 1 ก่อนการทดลอง

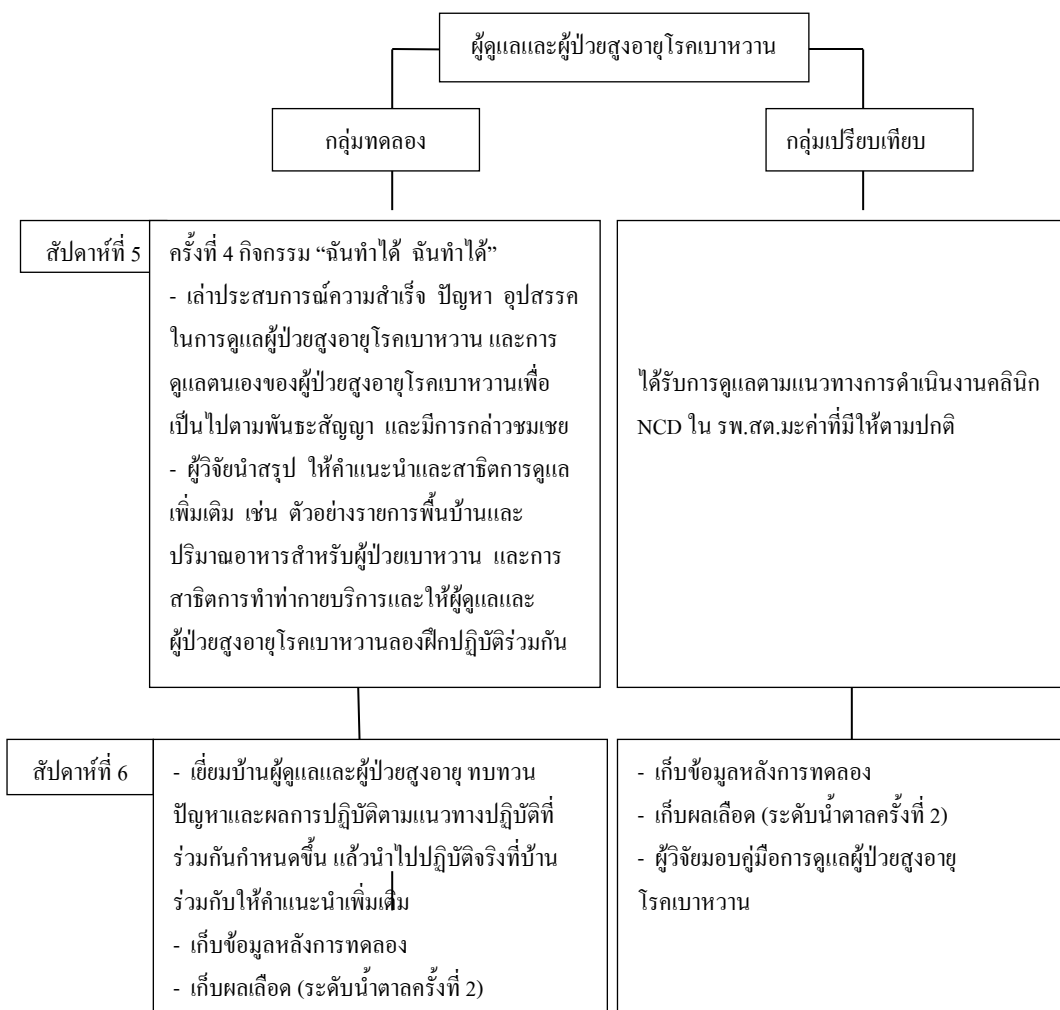
ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่บ้าน โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยชี้แจงสิทธิของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและเก็บผลเลือดครั้งล่าสุดจากสมุดคู่มือของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แจ้งให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานทราบว่าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง คือ หลังการทดลอง พร้อมกล่าวขอบคุณผู้ดูแลและ

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ทำการนัดหมายเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 ของการดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 หลังการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่บ้าน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและเก็บผลเลือด (ระดับน้ำตาลครั้งที่ 2) ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่สัมภาษณ์ครั้งแรก หลังจากนั้นผู้วิจัยซักถามผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ และให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานแก่ผู้ดูแลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา และเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้ดีขึ้น และกล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 50 นาที





ภาพที่ 2 แผนการดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการจัดทำคู่มือลงรหัส สร้างเพิ่มข้อมูลและกรอกข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติพรรณนา หางานวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. กำหนดหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมิน การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบ

3. กำหนดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับน้ำตาลในเลือด จำแนกตามก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

4. เปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนดำเนินการศึกษาวิจัยผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย การขอข้อมูลผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้ระหว่างการศึกษาหากไม่ต้องการเข้าร่วมในการศึกษาสามารถขอยกเลิกได้โดยทันทีและไม่เกิดผลเสียใดๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม และใช้ในการวิจัยเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ผลการศึกษา นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางเรียงลำดับ ดังนี้

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

- n แทน จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง
- Min แทน จำนวนที่น้อยที่สุด
- Max แทน จำนวนที่มากที่สุด
- \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)
- SD. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- $SD_{\bar{d}}$ แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง
- \bar{d} แทน ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน
- t แทน สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
- CI แทน ช่วงความเชื่อมั่น

ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0) เพศชายจำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 50-59 ปีและมากกว่า 60 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.0) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.0) หม้าย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.7) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,001-6,000 บาท จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมา คือ 8,001-10,000 บาท จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.0) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยเป็นบุตร จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือ สามเณร/ ภรรยา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 5-9 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมา คือ 10-14 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) เพศชายจำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.7)

ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) รองลงมา คือ หย่า/ แยกกันอยู่ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.7) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 6,001-8,000 บาท จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) รองลงมา คือ ต่ำกว่า 2,001 บาท, 2,001-4,000 บาท, 4,001-6,000 บาท จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.7) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยเป็นบุตร จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมา คือ สามี/ ภรรยา จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจนถึงปัจจุบันอยู่ ระหว่าง 5-9 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) รองลงมา คือ น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	(n = 30)		(n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	9	30.0	10	33.3
หญิง	21	70.0	20	66.7
2. อายุ				
ต่ำกว่า 29 ปี	1	3.3	1	3.3
30-39 ปี	3	10.0	3	10.0
40-49 ปี	14	46.7	10	33.3
50-59 ปี	6	20.0	5	16.7
มากกว่า 60 ปี	6	20.0	11	36.7
\bar{X} , SD , Min, Max	48.4, 9.23, 26, 63		51.5, 11.19, 25, 67	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	(n = 30)		(n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.0	2	6.7
รับจ้าง/ ลูกจ้าง	7	23.3	4	13.3
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	8	26.7	5	16.7
เกษตรกรกรรม	14	46.7	15	50.0
รับราชการ/ วิชาหกิจ	1	3.3	4	13.3
4. สถานภาพ				
โสด	0	0.0	1	3.3
คู่	27	90.0	26	86.7
หม้าย	2	6.7	1	3.3
หย่า/ แยกกันอยู่	1	3.3	2	6.7
5. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษา	0	0.0	0	0.0
ประถมศึกษา	12	40.0	7	23.3
มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส.	13	43.3	18	60.0
ปริญญาตรี	5	16.7	5	16.7
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0	0	0.0
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ต่ำกว่า 2,001 บาท	0	0.0	5	16.7
2,001-4,000 บาท	4	13.3	5	16.7
4,001-6,000 บาท	12	40.0	5	16.7
6,001-8,000 บาท	5	16.7	10	33.3
8,001-10,000 บาท	6	20.0	1	3.3
มากกว่า 10,000 บาท	3	10.0	4	13.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	(n = 30)		(n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี/ ภรรยา	8	26.7	11	36.7
บุตร	15	50.0	12	40.0
หลาน	4	13.3	2	6.7
ลูกเขย ลูกสะใภ้ หลานเขย หลานสะใภ้	2	6.7	3	10.0
ญาติฝ่ายผู้ป่วยเอง	1	3.3	3	6.7
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจนถึงปัจจุบัน				
น้อยกว่า 5 ปี	7	23.3	10	33.3
5-9 ปี	14	46.7	13	43.3
10-14 ปี	9	30.0	6	20.0
15 ปีหรือมากกว่า	0	0.0	1	3.3
\bar{X} , SD , Min, Max	7.13, 3.45, 2, 14		6.53, 3.86, 2, 18	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) และเพศชายจำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) รองลงมา คือ 70-79 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) มีสถานภาพคู่ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ หม้าย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0) รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษา จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.3) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในโรคอ้วนระดับ 1 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมา คือ น้ำหนักปกติ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5-9 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมา คือ 10-14 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) และมีโรคประจำตัวอื่นๆ คือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) และโรคอื่น ๆ

คือ โรคเก๊าท์ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.3)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0) และเพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) รองลงมา คือ 70-79 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) มีสถานภาพคู่ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) รองลงมาคือ หม้าย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในโรคอ้วนระดับ 1 และน้ำหนักปกติ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5-9 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) รองลงมา คือ น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ คือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	7	23.3	9	30.0
หญิง	23	76.7	21	70.0
2. อายุ				
60-69 ปี	17	56.7	18	60.0
70-79 ปี	11	36.7	9	30.0
80 ปีหรือมากกว่า	2	6.7	3	10.0
\bar{X} , <i>SD.</i> , Min, Max	69.37, 5.51, 60, 81		68.27, 6.98, 60, 84	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพ				
โสด	1	3.3	0	0.0
คู่	15	50.0	19	63.3
หม้าย	13	43.3	11	36.7
หย่า/ แยกกันอยู่	1	3.3	0	0.0
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่า	4	13.3	7	23.3
ประถมศึกษา	21	70.0	19	63.3
ประถมศึกษา	3	10.0	4	13.3
มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส.	2	6.7	0	0.0
ปริญญาตรี	0	0.0	0	0.0
สูงกว่าปริญญาตรี				
5. BMI				
น้ำหนักปกติ (18.5-22.99)	10	33.3	10	33.3
น้ำหนักเกิน (23.0-24.99)	8	26.7	9	30.0
โรคอ้วนระดับ 1 (25.0-29.99)	12	40.0	10	33.3
โรคอ้วนระดับ 2 (30.0-34.99)	0	0.0	1	3.3
\bar{X} , <i>SD</i> , Min, Max	24.83, 2.54, 20.57, 29.78		24.34, 3.41, 18.72, 34.37	
6. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน				
น้อยกว่า 5 ปี	7	23.3	10	33.3
5-9 ปี	14	46.7	13	43.3
10-14 ปี	9	30.0	6	20.0
15 ปีหรือมากกว่า	0	0.0	1	3.3
\bar{X} , <i>SD</i> , Min, Max	7.13, 3.45, 2, 14		6.53, 3.86, 2, 18	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. โรคประจำตัวอื่น ๆ				
ความดันโลหิตสูง	13	43.3	14	46.7
โรคหัวใจ	0	0.0	1	3.3
ไขมันในเลือดสูง	5	16.7	3	10.0
ไม่มีโรคประจำตัว	1	3.3	2	6.7
ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหัวใจ	2	6.7	0	0.0
ความดันโลหิตสูงร่วมกับ ไขมันในเลือดสูง	7	23.3	10	33.3
โรคหัวใจร่วมกับไขมันในเลือดสูง	1	3.3	0	0.0
อื่น ๆ (โรคเก๊าท์)	1	3.3	0	0.0

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

1. การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล 44.53 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 40.77 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล	n	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	44.23	4.19	-9.31	<0.001
หลังการทดลอง	30	53.87	3.81		

*p< 0.05

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแล 50.13 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 67.37 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแล	n	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	50.13	8.50	-10.38	<0.001
หลังการทดลอง	30	67.37	4.67		

*p< 0.05

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน 50.13 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 67.37 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่ม

ทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน	n	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	54.53	7.44	-7.22	<0.001
หลังการทดลอง	30	67.07	5.79		

* $p < 0.05$

4. การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเฉลี่ย 167.27 หลังการทดลองค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเป็น 150.83 เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน	จำนวน	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	167.27	43.62	4.21	<0.001
หลังการทดลอง	30	150.83	30.06		

* $p < 0.05$

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1. การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนทดลอง 9.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น 1.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.86 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.17 (95%CI : 5.65-10.68) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้พลังอำนาจตนเอง ของผู้ดูแล	n	\bar{d}	SD_d	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนทดลองและหลัง ทดลอง	30	9.63	5.67	8.17	5.65-10.68	6.53	<0.001
กลุ่มทดลอง	30	1.47	3.86				
กลุ่มเปรียบเทียบ							

* $p < 0.05$

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนทดลอง 17.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.09 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น 1.80 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 4.75 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.43 (95%CI : 11.66-19.21) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคเบาหวาน	n	\bar{d}	SD_d	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนและหลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	17.23	9.09	15.43	11.66- 19.21	8.24	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	1.80	4.75				

* $p < 0.05$

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนทดลอง 12.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.51 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น 1.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.74 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.43 (95%CI : 7.65-15.21) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน	n	\bar{d}	SD_d	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนและหลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	12.53	9.51	11.43	7.65-15.21	6.13	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	1.10	3.74				

*p< 0.05

4. การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการเปรียบเทียบผลต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงจากก่อนการทดลอง 16.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.36 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสูงขึ้น 7.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.21 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 24.13 (95%CI : -33.71ถึง-14.55) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน	n	\bar{d}	SD_d	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนและหลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	-16.43	21.36	-24.13	-33.71- -14.55	-5.04	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	7.70	15.21				

*p< 0.05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (Two group pretest-posttest research) มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993 อ้างถึงใน ทิพสุดา น้อยแมน, 2554) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจรรณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ดูแล 30 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD ใน รพ.สต.มะค่าที่มีให้ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

สรุปผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 และเพศชาย ร้อยละ 30.0 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.7 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 90.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. ร้อยละ 43.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,001-6,000 บาท ร้อยละ 40.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โดยเป็นบุตร ร้อยละ 50.0 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 5-9 ปี ร้อยละ 46.7

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และเพศชาย ร้อยละ 33.3 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.0 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 86.7 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. ร้อยละ 60.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,001-8,001 บาท ร้อยละ 33.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยเป็นบุตร ร้อยละ 40.0 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 5-9 ปี ร้อยละ 43.3

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 และเพศชาย ร้อยละ 23.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 56.7 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในโรคอ้วนระดับ1 ร้อยละ 40.0 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5-9 ปี ร้อยละ 46.7 และมีโรคประจำตัวอื่นๆ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.3

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 และเพศชาย ร้อยละ 30.0 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.0 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในน้ำหนักปกติและโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5-9 ปี ร้อยละ 43.3 และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.7

3. การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

5. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

6. การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม อภิปรายผล ดังนี้

1. การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานทุกคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกนึกคิดของตน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ มีการร่วมกันค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้น มีการจัดบรรยากาศแบบเป็นกันเอง แสดงท่าทีและใช้ภาษาที่เป็นกันเอง และผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการใช้ประโยคคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ที่คอยกระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง เพื่อให้ได้คิดทบทวนสถานการณ์ต่าง ๆ และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแล ผู้วิจัยมีการให้แรงเสริมทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหาวิธีการแก้ไข และตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่ดูแลที่เหมาะสม เมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามที่เลือกไว้แล้วเกิดประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นที่สามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้ เกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูวดี รอดจากภัย, สมพล กิตติเรืองเกียรติ, และประสิทธิ์ กมลพรมงคล (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรีพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$), มัตถก ศรีคัสอ และคณะ (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองสวน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าภายหลังได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจตนเองในการดูแลเท้า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง มีการค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน เมื่อได้ลงมือปฏิบัติตามวิธีที่เลือกแล้ว เกิดประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีปฏิกิริยาตอบสนองในเชิงบวก จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้รวมทั้งมีการกล่าวเสริมแรงทางบวก โดยกล่าวชมเชย ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เสนอชุ่ม และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อบทบาทการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น สมคิด ปุณณะศิริ และคณะ (2552) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองด้านร่างกายทั้งโดยรวมและรายด้าน และความสามารถในการดูแลด้านจิตสังคมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น, ประภา ชีวีโรจน์ และคณะ (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า หลังการ ทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้รับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพัฒนาศักยภาพตนเองที่มีอยู่ ในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่างๆที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้ ผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานมีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จูร์ริตัน เจริญจิตต์ (2556) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการ เสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า หลังการ ทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผล เนื่องมาจากการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ทำให้มีการ แลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์ตรง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเข้าใจและเห็นคุณค่าของการ ดูแลตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำนั้น ๆ มีผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเกิดแรงจูงใจและกำลังใจให้ ปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์ (2552) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังการทำกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ และสุริยาภรณ์ อุทริย์ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยเบาหวานจะทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเชื่อมั่น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

สรุปผลจากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ได้ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และกิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีกำลังใจในการปฏิบัติตน ซึ่งมีผลทำให้เพิ่มการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย ซึ่งสามารถนำแนวคิดของกิบสันไปดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนควรมีการจัดกิจกรรมโดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยครั้งนี้ไปใช้ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้เข้าใจในปัญหาตามสภาพการณ์จริง ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้พัฒนาศักยภาพตนเอง และปรับปรุงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น
2. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมด้วย ซึ่งทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ซึ่งกันและกันและกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพร่วมกัน ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ยกย่องชมเชยหากผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้รวมถึง ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผล เพื่อประเมินความคงทนของโปรแกรมต่อไป และเจาะเลือดเพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ ๆ เพื่อแก้ปัญหาเมื่อพบน้ำตาลสูงก่อนสิ้นสุดโปรแกรม
2. ควรนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ควรมีตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c} : Hemoglobin A_{1c}) ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่าการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร เป็นค่าที่ช่วยให้ประเมินผลการควบคุมเบาหวานได้แม่นยำกว่าการดูค่าระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดเวลาหนึ่งเพียงอย่างเดียว
4. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กษิดตา พานทอง. (2551). *กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ชุมชนบ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ. (2556). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*. 25(1), 90-97.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). *ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ตลอดชีวิตและการพัฒนามนุษย์, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จุรีรัตน์ เจริญจิตต์. (2556). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 24(1), 32-43.
- ชนิษฐา สุระเชษฐ. (2553). *การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลโรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. ใน ชมพูนุท พรหมภักดี (บรรณาธิการ), *บทความวิชาการ เรื่องการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย* (1-23). กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ทิพสุดา น้อยแม่หน้า (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ขั้นสูง), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2552). *ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- นวลอนงค์ ศรีสุกไสย. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(1), 60-69.

- นิติกุล บุญแก้ว. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภา ชีวีโรจน์ รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์ ธีวีวรรณ เผ่ากัณหา และวารี กังใจ. (2553). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 18 (เพิ่มเติม 2553).
- ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา ณิชกุลมล ชาญสาธิตพร แอนน์ จิระพงษ์ สุวรรณ และกสิณสไบ สรรพกิจ. (2556). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักต่อการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาววัยก่อนเรียน*.
- ประเมษฐ์ นามชู. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การปรับตัวด้านร่างกายและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *ยโสธรเวชสาร*, 12(2), 123-134.
- ปริศนา ปทุมอนันต์. (2554). *โครงการควบคุมเบาหวานได้คือชีวิตเป็นสุข*. ใน *โครงการพัฒนาคุณภาพประจำปีงบประมาณ 2554*. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์ สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และประทีป ปัญญา. (2553). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.
- เพ็ญวิภา พันธุ์ อูสาย นิรมล เมืองโสม และประยูร โกวิทย์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 11-20.
- พรนภา ไชยอาสา กนกพร สุคำวัง และอัครอนงค์ ปราโมช. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(3), 59-71
- ภาวนา กิริดิยดวงศ์ และสมจิต หนูเจริญกุล. (2010). การติดตามประสิทธิภาพในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *Rama Nursing Journal*, 16(2), 293-303.

- มะรุระ ใจเย็น (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพื้นที่เขตลำพาน อำเภอปาง
 ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
 คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง. (2555). ผลของการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อระดับน้ำตาลใน
 เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มัตถก ศรีคล้อ กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม และหทัยชนก บัวเจริญ. (2557). ผลของโปรแกรม
 ส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมการดูแลเท้าของ
 ผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองสวน จังหวัด
 สมุทรปราการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 30(2), 68-79.
- มินตรา สิริวันต์. (2550). ความศรัทธาในพุทธศาสนากับสุขภาวะจิตของผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกาย
 ในการกีฬาแห่งประเทศไทย. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา
 พัฒนาการ, คณะมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ:
 ที่คิวพี จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 (2555). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด.
- ยุวดี รอดจากภัย สมพล กิตติเรืองเกียรติ และประสิทธิ์ กมลพรมงค. (2555). ผลของโปรแกรม
 เสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอ
 หนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 7(2), 116-123.
- เยาวภา พรเวียง วิชาพรหม หมั่นมา พิสมัย ศรีสุวรรณนพกุล และวันทนา แก้วของผาง. (2556).
 ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตใน
 ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข,
 12(1220), 85-98.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า. (2556). ข้อมูลและสถิติปีงบประมาณ 2556. มหาสารคาม:
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า.
- เลิศมณฑนันต์ อัครวาทิน สุรางค์ เมรานนท์ และสุทธิ ชัตติยะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพของ
 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาผู้ป่วย ตำบลม่วงงาม อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี.
 วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์,
 5(1), 103-112.

- วัฒนา สว่างศรี และศิริณีย์ อินทรหนองไผ่. (2558). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อ
ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1),
116-122.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต.
รามาศิขิตพยาบาลสาร. 20(1), 10-22.
- วิชัย เสนอชุ่ม พดณินันท์ สุฤทธิ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และชนันช กนกเทศ. (2554). ได้ศึกษาปัจจัย
พยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 5(2), 23-33.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2552). "ภาพรวมผู้สูงอายุไทย" ในการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้
ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริณีย์ ศรีหาคาศ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2557). *ผลกระทบและภาระการ
ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนัก
นโยบายและยุทธศาสตร์.
- ศรีประภา ลุนละวงศ์. (2555). มองไปข้างหน้า...ถึงเวลา!! เตรียมพร้อมรับ...สังคมผู้สูงอายุ
(Aging Society). *เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5*. 6(6), 1-8.
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศและการวิจัย โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2556). *สถิติและข้อมูลกิจกรรมการ
บริการ ปีงบประมาณ 2555*. วันที่ค้นข้อมูล 28 กรกฎาคม 2557, เข้าถึงได้จาก
<http://www.slideshare.net/beaupairuangsom/2555-1-28271308>.
- ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนตำบลสาวชะโงก. (2555). *คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*.
[ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556).
*เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนใน
ประเทศไทย*. นนทบุรี: ม.ป.พ.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม
ราชกุมารี. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557*.
กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2552). *คู่มือการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2550-2556 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุข และภาพรวมประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร). วันที่ค้นข้อมูล 20 สิงหาคม 2557, เข้าถึงได้จาก [http:// thaincd.com/ information-statistic/ non-communicable-disease-data.php](http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php).
- สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์. (2552). การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พื้นที่อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุริยาภรณ์ อุทรรักษ์. (2555). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุทธิพงษ์ บุญผดุง. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สดใส เกตุไฉน. (2554). วิธีคิดเชิงบวก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. แผ่นพับ.
- สมคิด ปุณะศิริ จินต์จุฑา รอดपाल สมคิด ตริราณี และวิราวรรณ จันทร์มูล. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการพยาบาล. 36(3), 47-57.
- อมรรัตน์ รัตนพันธ์. (2552). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษา: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาสถิติประยุกต์, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2553). ชีวสถิติ (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยาคม.
- อาจารย์ แดงโสภณ วิยะดา เมกัสสกุล มาเรียม เกาะประเสริฐ และอัญชรส ทองเพชร. (2553). ผลของโปรแกรมสุขศึกษา ที่มีต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.

- อำภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2553). การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสหภาพพยาบาล*,
25(3), 51-63.
- อุดมพร ขอดคุณินทร์. (2553). *ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยนอก*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาสถิติประยุกต์, คณะวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- American Diabetes Association. (2010). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*,
33(1), S11-S61.
- Bandayrel, K., & Wong, S. (2011). Systematic literature review of randomized control trials
assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older
adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(4), 251-262.
- Diane, O. C., & Bonnie J. G. (2006). Social Support, Self-efficacy, and Outcome Expectations
Impact on Self-care Behaviors and Glycemic Control in Caucasian and African
American Adults With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 32(5), 777-786.
- Elizabeth, A. B., Carla, K. M., & Linda, A. W. (2008). Spousal Support and Food Related
Behavior Change in Middle-Age and Older Adults Living With Type 2 Diabetes.
Health Education & Behavior, 35(5), 707-720.
- Lonnie, K. W., Michael, L. P., & Marvin, D. S. (2004). Family Support and Diet Barriers Among
Older Hispanic Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Educator*, 30(6): 980-93.
- Pun, S., Coates, V., & Benzie, I. (2009). Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both
patients' and providers' perspectives: literature review. *Journal of Nursing and
Healthcare of Chronic Illness*;1(1): 4-19.
- Shearer, N. B. C., Fleury, J., Ward, K. A., & O'Brien, A. M. (2010). Empowerment interventions
For older adults. *Western journal of nursing research*, 34(1), 24-51.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย).....ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วย
สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)... (EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM FOR
CAREGIVERS AND ELDERLY PATIENTS WITH DIABETES IN KANTHARAWICHAJ DISTRICT,
MAHASARAKHAM PROVINCE).....

ชื่อนิสิต (นาย, นาง, นางสาว) :.....จตุรัตน์ รัชชา..... รหัสนิต.....56910082.....

หลักสูตร.....วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต.....

สาขาวิชา.....การสร้างเสริมสุขภาพ.....

ภาคปกติ

ภาคพิเศษ

2. หน่วยงานที่สังกัด :

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์:

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ได้พิจารณารายละเอียด
วิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม
โครงการวิจัย (informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษา
ความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย

ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มีมติเห็นชอบ ดังนี้

รับรองโครงการวิจัย

ไม่รับรอง

4. วันที่ให้การรับรอง :4.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ.....2558.....

ลงนาม.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ภาคผนวก ข
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

- | | |
|-------------------|--|
| 1. ชื่อ-สกุล | นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย |
| ตำแหน่งทางวิชาการ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
| สถานที่ทำงาน | คณะแพทยแผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. ชื่อ-สกุล | ดร.สุนันทา โอศิริ |
| ตำแหน่งทางวิชาการ | รองศาสตราจารย์ |
| สถานที่ทำงาน | คณะแพทยแผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ชื่อ-สกุล | ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต |
| ตำแหน่งทางวิชาการ | พยาบาลชำนาญการพิเศษ |
| สถานที่ทำงาน | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้งานวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

กลุ่มทดลอง () ก่อน () หลัง

กลุ่มเปรียบเทียบ () ก่อน () หลัง

แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

2. ข้อมูลที่ท่านกรณาดอบในแบบสัมภาษณ์นี้จะเป็นความลับและไม่มีผลเสียหายต่อท่านแต่อย่างใด ผลจากแบบสัมภาษณ์ที่ท่านตอบจะนำไปใช้ในการศึกษารั้งนี้เท่านั้น

3. แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน
จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน
จำนวน 20 ข้อ

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นางสาวจุฑารัตน์ รังษา

นิสิตปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงตัวเลือกเดียวให้ตรงตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับผู้ตอบมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (ปีเต็ม)
3. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() 2. รับจ้าง/ ลูกจ้าง
() 3. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	() 4. เกษตรกรรม
() 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	() 6. อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. ม่าย	() 4. หย่า/ แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาที่ท่านได้รับสูงสุด คือ

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษา
() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส.
() 4. ปริญญาตรี
() 5. สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

() 1. ต่ำกว่า 2,001 บาท	() 2. 2,001-4,000 บาท
() 3. 4,001-6,000 บาท	() 4. 6,001-8,000 บาท
() 5. 8,001-10,000 บาท	() 6. มากกว่า 10,000 บาท
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

() 1. สามี / ภรรยา	() 2. บุตร
() 3. หลาน	() 4. ลูกเขย ลูกสะใภ้ หลานเขย หลานสะใภ้
() 5. ญาติฝ่ายผู้ป่วยเอง	() 6. ญาติฝ่ายคู่ครองผู้ป่วย
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจนถึงปัจจุบันปี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ดูแลมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านน้อย

ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1	ท่านมั่นใจว่าสามารถปรุงอาหารหรือจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธีต้ม นึ่ง อบ					
2	ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเตรียมอาหารประเภทผักสด ผักลวกในแต่ละมื้อ เช่น ตำลึง ผักโขม ผักหวานบ้าน มะรุม ดอกแค ให้ผู้ป่วยสูงอายุรับประทาน					
....					
....					
....					
12	ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมตามโอกาสที่เหมาะสม เช่น การร่วมกิจกรรมของชุมชนในวันสำคัญต่าง ๆ					

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานของผู้ดูแลในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ดูแลมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำทุกวันสม่ำเสมอ

บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมตามข้อนั้น 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมตามข้อนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมตามข้อนั้นน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยมีพฤติกรรมตามข้อนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ระดับที่ตรงกับพฤติกรรมของท่าน				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านปรุงอาหารหรือจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธีต้ม นึ่ง อบ แทนการทอด					
2	ท่านจัดเตรียมอาหารประเภทผักสด ผักลวก เช่น ตำลึง ผักโขม ผักหวานบ้าน มะรุม ดอกแค ให้ผู้ป่วยสูงอายุรับประทาน					
....					
....					
....					
20	ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมตามโอกาสที่เหมาะสม เช่น การร่วมกิจกรรมของชุมชนในวันสำคัญต่าง ๆ					

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงตัวเลือกเดียวให้ตรงตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับผู้ตอบมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (ปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. คู่
 - () 3. ม่าย () 4. หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาที่ท่านได้รับสูงสุด คือ
 - () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษา
 - () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส.
 - () 4. ปริญญาตรี
 - () 5. สูงกว่าปริญญาตรี
5. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน (ครั้งล่าสุด).....mg/ dl
6. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
7. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
8. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน.....ปี
9. โรคประจำตัวอื่นๆ
 - () 1. ความดันโลหิตสูง () 2. โรคหัวใจ
 - () 3. ไขมันในเลือดสูง () 4. ไม่มีโรคประจำตัว
 - () 5. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และจิตใจ ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำทุกวันสม่ำเสมอ

บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมตามข้อนั้น 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมตามข้อนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมตามข้อนั้นน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยมีพฤติกรรมตามข้อนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ระดับที่ตรงกับพฤติกรรมของท่าน				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านรับประทานผักสด ผักลวก เช่น ตำลึง ผักโขม ผักหวานบ้าน มะรุม ดอกแค ผักพวย					
2	ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลา ร้า ปลาเค็ม ปลาแดดเดียว ผักดอง เป็นต้นท่าน					
....					
....					
....					
20	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามโอกาสที่เหมาะสม เช่น การร่วมกิจกรรมของชุมชนในวันสำคัญต่าง ๆ					