

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*

Effectiveness of Self - Management Promoting Potential Program on Blood Sugar Control and Quality of Life Among Diabetes Mellitus Type 2 Patients

บทความวิจัย

จินตนา ทองเพชร**

Jintana Tongpeth, R.N., M.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองและเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึง เรื่อง เพศและชนิดยาเบาหวาน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของการจัดกิจกรรม ความตรงเนื้อหาและหาความเที่ยงได้ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แมคนีมา ไคสแคว์ และสถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังรับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองหลังรับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : โปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง, ระดับน้ำตาลในเลือด, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**Corresponding Author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

The purposed of this quasi-experimental research were 1) to compare the number of patients with Diabetes Mellitus in experimental group who could control blood sugar and quality of life before and after received the program and 2) to compare the number of patients with Diabetes Mellitus who could control blood sugar and quality of life between the experimental group and control group. Thirty type 2 diabetes mellitus patients in the Diabetic clinic at Out-patient Department, Community Hospital were assigned by matched pair into either experimental or control group. There were 15 patients in each group. The instruments used in the study include (1) Self - management Promoting Potential Program (2) Quality of Life Questionnaire. These instruments were tested for both validity and reliability with alpha of. 80. Data were analyzed by using mean, standard deviation, McNemar test, chi-square test and pair t-test. The major findings were as follow

1. The number diabetes mellitus patients who could control blood sugar after receiving the Potential program larger than those before receiving the Potential program ($p < .05$)
2. The quality of life of diabetic mellitus patients after receiving the Potential program was significantly higher than those before receiving the Potential program ($p < .05$)
3. There were no significant difference between the number Diabetes Mellitus patients who could control blood sugar between the experimental group and control group
4. The quality of life of diabetic mellitus patients in the experimental group higher than those in control group ($p < .05$)

Keywords: Self - Management promoting potential program, blood sugar control, Quality of life, Type II Diabetes Mellitus patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญโรคหนึ่งสำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราการตายสูงขึ้น โดยสาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อย คือ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า (สมเกียรติ โภธิสัต์ และคณะ, 2554) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ เกิดความทุพพลภาพ และก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ ผลจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากตลอดระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน (Neal & Woodward, 2003)

ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของการควบคุมโรคนี้โดยเน้นกลยุทธ์ในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะก่อให้เกิดความพิการและการตาย เช่น การจัดให้มีคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้สะดวกและต่อเนื่อง และมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยร่วมด้วย ปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Elizabeth, Odette, Magaret & Julia, 2004) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะมีประสิทธิภาพดี อยู่ที่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพทั่ว ๆ ไป โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม (Aekplakorn,

et al., 2003) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องปฏิบัติตนให้สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ แต่การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะมีประสิทธิภาพมากนักน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน คือ การรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลและเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล การรับรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ (Kanfer and Gaelick, 1986) โดยบุคคลต้องรับรู้ตัวตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงและอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องสามารถก่อให้เกิดประโยชน์และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งลดความรุนแรงของโรค (ยุพิน ชัยชล และ จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2552) และการรับรู้ว่าการกระทำที่ไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ บุคคลจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันเกิดขึ้น

ที่ผ่านมาถึงแม้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานได้ให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง (Elbert, et al., 2008) และเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ผลที่ได้จากการศึกษานี้ได้อาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงงานบริการของคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง
2. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง

4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง

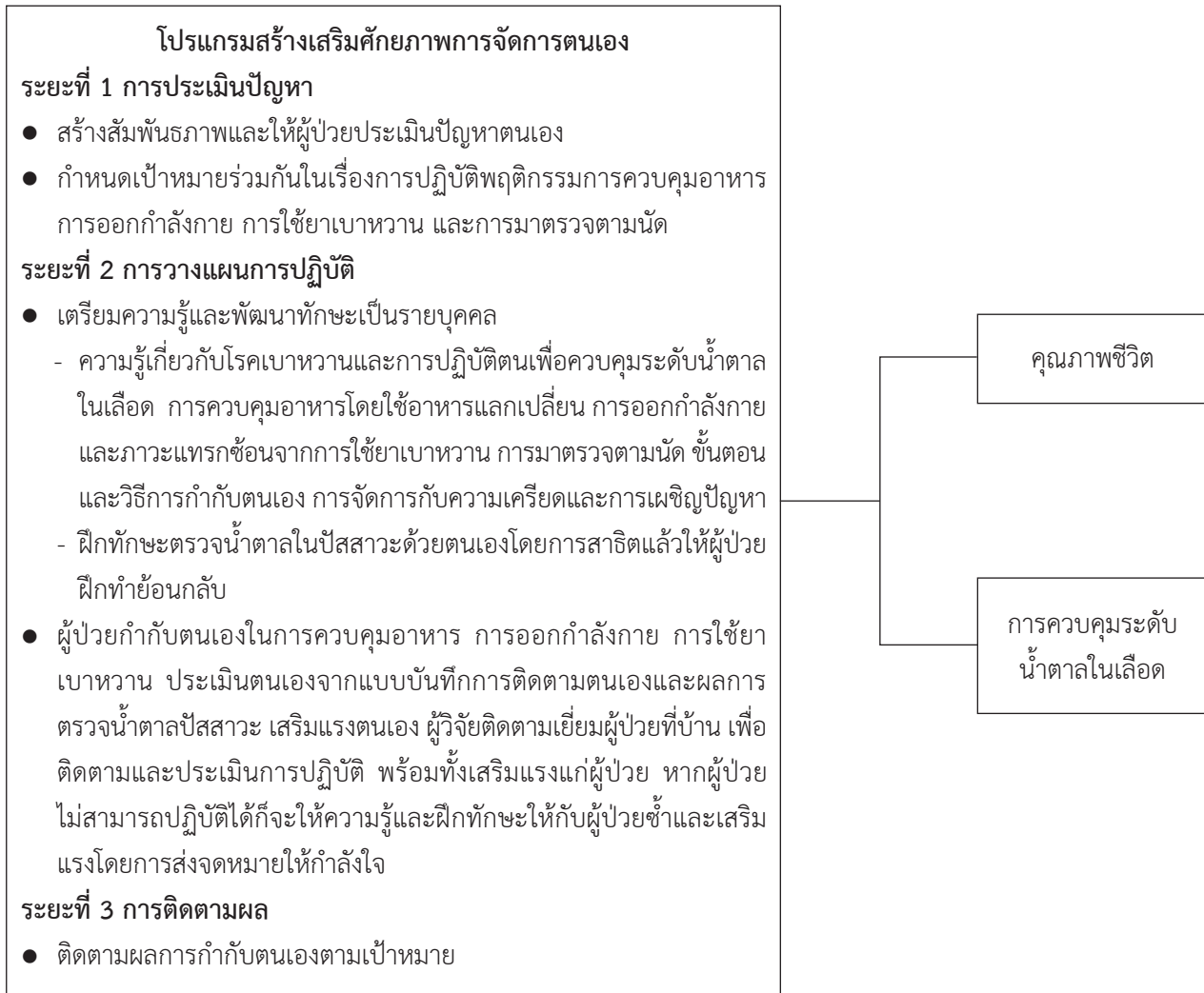
สมมติฐาน

1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองมีมากกว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองสูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานก่อนได้รับโปรแกรมฯ
3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองสูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างกำหนดคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้า 3 เดือนย้อนหลังสูงกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวานชนิดรับประทาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ สามารถติดต่อ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สื่อสารด้วยการพูดและอ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 30 คน และคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 15 คน โดยการจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านเพศเดียวกัน อายุ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองและวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) โดยโปรแกรมนี้ใช้คู่มือสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และสมุดบันทึกการติดตามตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน หลังจากผ่านการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคมมีค่าเท่ากับ 0.86

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค การรักษาที่ได้รับ และระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือนย้อนหลัง

2.2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัย

ดัดแปลงจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ที่แปลเป็นไทยและดัดแปลงโดย Wipharat Masong (2004) ตามแนวคิดของสมาคมควบคุมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2004) เป็นการวัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจในชีวิต 2) ผลกระทบจากโรคเบาหวาน 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสังคมและการประกอบอาชีพและ 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเบาหวาน มีจำนวน 46 ข้อ ดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและแนวคิดการจัดการตนเองเหลือ 42 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ด้านที่ 1 ค่าคะแนนตั้งแต่ 5 พึงพอใจมากที่สุด ถึง 1 ไม่พึงพอใจมากที่สุด ด้านที่ 2, 3 และ 4 ค่าคะแนนตั้งแต่ 5 ไม่เคยเลย ถึง 1 ตลอดเวลา คะแนนรวมมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันกับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและแก้ไข พร้อมทั้งนำไปคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.82 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคได้เท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 21101/2552 อนุมัติเมื่อ 23 มกราคม 2552 ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยไม่มีการบังคับ และจัดกิจกรรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองให้กับกลุ่มควบคุม ภายหลังสิ้นสุดงานวิจัยนี้เพื่อความเสมอภาค

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละขั้นตอน โดยทำหนังสือขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลองและให้การพิทักษ์สิทธิในการ

ทำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามการพยาบาลปกติของแผนกผู้ป่วยนอก รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ได้แก่ การตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตและตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ คำนวณหาค่าเฉลี่ยและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ McNemar test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square test for two independent samples ที่ระดับนัยสำคัญ .05 คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ pair t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งเป็นเพศชาย 4 คน เพศหญิง

11 คน ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 35-59 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90 และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานพบมากที่สุดคือ 1-5 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max
ระดับน้ำตาลในเลือด	201.70	65.66	135	402	202.30	51.29	142	312
คุณภาพชีวิต	158.00	16.23	132	195	161.60	13.58	129	191

จากตาราง 1 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ย 201.70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยที่สุดคือ 135 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุดคือ 402 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ย 202.30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยที่สุดคือ 142 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุดคือ 312 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสร้างเสริม

ศักยภาพการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ย 158.00 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ 132 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือ 195 คะแนน ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ พบว่าคุณภาพชีวิตมีค่าเฉลี่ย 161.60 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ 129 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือ 191 คะแนน

2. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง

	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t	p-value
	จำนวน	จำนวน		
ควบคุมได้	4	10	4.06	.026
ควบคุมไม่ได้	11	5		

จากตาราง 2 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพ การจัดการตนเอง

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คุณภาพชีวิต	158.00	16.23	180.85	17.56	5.132	14	0.00

จากตาราง 3 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
	จำนวน	จำนวน		
ควบคุมได้	4	3	.000	.500
ควบคุมไม่ได้	11	12		

จากตาราง 4 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตาราง 5 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t	p-value
	จำนวน	จำนวน		
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	10	4	.900	.162
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	5	11		

จากตาราง 5 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตาราง 6 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คุณภาพชีวิต	158.00	16.23	161.60	13.58	.582	28	.562

จากตาราง 6 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตาราง 7 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คุณภาพชีวิต	180.85	17.56	161.60	13.23	2.640	28	.006

จากตาราง 7 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยความสมัครใจ พยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเริ่มจากการประเมิน ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งการประเมินปัญหาด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติที่ดีสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตนเอง และช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง (Gregg, et al., 2007) โดยโปรแกรมที่จัดให้มีการเตรียมความรู้และพัฒนาทักษะให้กับผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและฝึกทักษะการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเอง ผู้ป่วยมีการกำกับตนเองที่บ้านในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเอง ทบทวนความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยจากคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้วิจัยแจกให้ และบันทึกการปฏิบัติลงในแบบบันทึกการติดตามตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต

ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติ เกิดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง (Michele, et al., 2002) นอกจากนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามและประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วย จากแบบบันทึกการติดตามตนเอง ให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยซ้ำ ในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจและยังทำได้ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งให้การเสริมแรงในการปฏิบัติ ซึ่งทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนได้ต่อเนื่อง (Mirjana, et al., 2004)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยความสมัครใจ พัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Susan, et al., 2002)

3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในขณะที่ตรวจนั้น ไม่สัมพันธ์กับการควบคุมในระยะยาว และจากการที่จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอาจเป็นเพราะกลุ่มควบคุมทราบว่าตนเองอยู่ในช่วงของการวิจัย จึงควบคุมการปฏิบัติตัวโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาหารของตนเองก่อนวันที่จะมาตรวจเลือดในวันนัด จึงทำให้ได้ผลที่แสดงว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งเป็นค่าที่เกิดขึ้นในขณะนั้นเท่านั้น (Elizabeth, Odette, Magaret & Julia, 2004) ไม่ใช่ค่าของการควบคุมในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่มีการบันทึกพฤติกรรมที่ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมยังได้รับคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองจากผู้วิจัย ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองจากผู้วิจัย ทำให้มีความรู้ในการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นได้

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 4 ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกกระบวนการโดยการให้ผู้ป่วยใช้ความรู้และศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ จัดการกับตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจาก แนวความคิดการจัดการตนเองมีความเชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ นั้นเกิดจากกระบวนการคิด ตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเองมองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อบุคคลประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่า ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป (Daren, Joan & Elizabeth, 2010)

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา มีการประเมินผล 2 ครั้ง คือ ระยะเวลาหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลซ้ำ เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงและความคงอยู่ของโปรแกรมสร้างเสริมการจัดการตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร หมื่นศรี และคณะ. (2551). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 9(1), 38-47.
- ยุพิน ชัยชล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานรายใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 10(1), 68-73.
- สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, อุดม ไกรฤทธิชัย, ชาญเวช ศรีธาทพุท, อัมพร จงเสรีจิตต์. (2554). รายงานการวิจัย ฉบับสมบูรณ์ ชุดโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Clinical complication in type 2 diabetic patients). สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์.
- เบญจมาศ บุญรับพายัพ และคณะ. (2551). ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของนักเรียนพยาบาล ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 38 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ในวิชาประสบการณ์ทางการพยาบาล ณ โรงพยาบาลกองทัพบก ส่วนภูมิภาค. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 9(2), 30-36.
- Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, Woodward M. (2003). The prevalence

- and management of diabetes in Thai adults: the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetic Care*, 26(10), 2758-2763.
- American Diabetes Association. (2004). Prevention or delay of type 2 Diabetes? *Diabetes Care*, 27(suppl1), S47-S54.
- Daren R. A., Joan C., Elizabeth P. (2010). Self - Management Goal Setting in a Community Health Center: The Impact of Goal Attainment on Diabetes Outcomes. *Diabetes Spectrum*, 23(2), 97-105.
- Elbert S.H., Qi Zhang, Niren G., Marshall H.C., David O.M. (2008). The effect of comorbid illness and functional status on the expected benefits of intensive glucose control in older patients with type 2 diabetes: a decision analysis. *Ann Intern Med Journal*, 149(1), 11-19.
- Elizabeth P., Odette P., Magaret D., Julia L. (2004). Blood glucose self - monitoring in non-insulin-treated type 2 diabetes: a qualitative study of patients' perspective. *The British Journal of General Practice*, 54(500), 183-188.
- Gregg, J. A., Callaghan G. M., Hayes S. C., Glenn-Lawson J.L. (2007). Improving diabetes self - management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343.
- Kanfer F. H., Gaelick L. (1986). Self - Management Methods, In: Kanfer F. H., Goldstein A, editors. *Helping People Change: A Textbook of Methods*. 3rd ed. New York: Pergamon Press, 283-345.
- Michele H., Reynard R. B., Rodney A. H., Dylan M. S., Eve A. K. (2002). The Relative Importance of Physician Communication, Participatory Decision Making, and Patient Understanding in Diabetes Self - management. *Journal of General Internal Medicine*, 17(4), 243-252.
- Mirjana P., Manja P., Tamara P., Ivana P., Zeljko M., (2004). Effect of and empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Education and Counseling Journal*, 52(2), 193-199.
- Neal, B., & Woodward, M. (2003). The prevalence and management of Diabetes in Thai adults: The international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care*, 26(10), 2758-2763.
- Susan L.N., Joseph L., S.Jay Smith., Christopher H., Michale M.E. (2002). Self - Management Education for Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetic Care*, 25(7), 1159-1171.
- Wipharat Masong. (2004). Personal Factors, health - promoting lifestyles, and health Outcomes in community - dwell diabetes. *Master' thesis, Department of Community Health Nursing*, Graduate School, Mahidol University.