

The Effect of Empowerment on Self – Care Behaviors and Glycemic Control in
Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Diabetic Clinics,
Samngao Hospital, Tak Province

Kaewree Kritsumpan*

Abstract

This quasi-experimental research is aimed to test the effect of empowerment intervention on increasing self-care behaviors and glycemic control in patients who have diabetes type 2. Gibson’s empowerment concept and Orem’s self-care theory were used as the conceptual framework of this study. Eighty patients diagnosed with diabetes type 2 who received care at the outpatient diabetic clinic at Samngao hospital were recruited in this study. The sample was equally divided into two groups: the experimental and control groups. The 12-week empowerment intervention was arranged into 4 sessions in which each session lasted about 60 minutes. The instruments used in this study were demographic data form and self-care behaviors questionnaire. Furthermore, every subject was required to have glycated hemoglobin (HbA1c) level tested. Data were collected during June to September 2019. The data were analyzed using descriptive. The paired t- test, and Analysis of Covariance (ANCOVA).

The results of the study were as follows: 1) Subjects in the intervention group had a significantly higher mean score on self-care behaviors than those who were in routine care group ($p < 0.001$). 2) Subjects in the intervention group had a lower HbA1c level those who were in routine care group ($p < 0.05$). In conclusion, the result of this study suggests that empowerment intervention is helpful in promoting diabetic patients to perform self-care behaviors and control blood sugar. Therefore, the empowerment guidelines should be applied to nursing in diabetic patients. In order to promote good self-care behavior, able to control blood sugar levels.

Keywords: Empowerment, Self-care behaviors, Glycemic control

* Registered Nurse, Professional Level, Samngao Hospital, Tak Province

ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลสามเงาจังหวัดตาก

แก้วรี กฤตสัมพันธ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสันและแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 40 คน ทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การเข้ากลุ่มทั้งหมด 4 ครั้งแต่แต่ละครั้งใช้เวลาเข้ากลุ่ม 60 นาที ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์คือ สัปดาห์แรก, สัปดาห์ที่ 2, สัปดาห์ที่ 8 และ สัปดาห์ที่ 12 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการประเมินค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีและสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการเสริมสร้างพลังสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและเพิ่มความสามารถในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ควรนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุของการป่วยของประชากรใน 4 อันดับแรกของกลุ่มโรคไม่ติดต่อของโลก และในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อรองจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ กระบวนการเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่แสดงออกถึงการยอมรับ (Recognizing) การส่งเสริมสุขภาพ (Promoting) และสนับสนุนความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการเผชิญปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของตนเองภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Gibson,1991) เกิดการพัฒนาความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมความเป็นอยู่และชีวิตของตนเองได้ ผ่านกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก มีความไว้วางใจกันและยอมรับซึ่งกันและกัน ร่วมมือกันและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเอง มีแรงจูงใจ มีการเรียนรู้ มีความรู้สึกร่วมโดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้ให้การสนับสนุน ผู้อำนวยการความสะดวก ผู้พิทักษ์สิทธิและผู้ชี้แหล่งประโยชน์ โดยมีขั้นตอนของการเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา (Cognitive response) โดยพิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องตลอดจนการรับรู้สิทธิบุคคล 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical refraction) เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) บุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง ถึงวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) วิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาทำให้บุคคลเกิดการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง โดยผ่านการเรียนรู้ การตัดสินใจ (Gibson,1991; Gibson,1995)

การเสริมสร้างพลังอำนาจมีเป้าหมายคือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงการพัฒนาดตนเองให้มีศักยภาพและความสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความรู้สึกที่ดี ภาคภูมิใจในตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่จะควบคุมตนเองหรือจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม มีการพัฒนาความคิด ความรู้ เกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับความจริงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมและแก้ปัญหาให้ตนเองได้เต็มศักยภาพของตน ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ภายใต้ข้อจำกัดของตนเองได้ (Gibson,1991) สอดคล้องกับการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้พัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเกิดจากการเรียนรู้และพัฒนาภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม สิ่งแวดล้อม โดยพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาค้นหารูปแบบของการกระทำและตัดสินใจเลือกกระทำการดูแลตนเอง โดยบุคคลต้องตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมของตนเองทั้งภายในและภายนอก และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่

ถูกต้อง ส่วนระยะที่ 2 เป็นการกระทำการดูแลตนเองและประเมินผลของการกระทำว่าบรรลุผลสำเร็จหรือไม่ ทฤษฎีการดูแลตนเองยังอธิบายถึงความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น(self-care requisites) มี 3 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป(universal self-care requisites) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง(capabilities for self-care operations) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดอย่างเพียงพอ จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Orem,1991)

เมื่อพิจารณาความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเช่นเดียวกับบุคคลอื่นๆ เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องมีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การดูแลเท้า การออกกำลังกาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความท้อแท้ เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและตระหนักในการดูแลตนเองที่ลดลง เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียพลังอำนาจในการดูแลตนเองได้ และมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือมีความพร่องในการดูแลตนเอง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ถึงพลังในการสามารถดูแลตนเอง มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ทางบวก เน้นความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ ตัดสินใจและปฏิบัติ โดยผู้ป่วยเบาหวานเกิดการรับรู้ ตระหนักเรียนรู้ มีการตัดสินใจด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ทั้ง 3 ระดับคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพในการดูแลตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเอง ประกอบไปด้วยการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา การดูแลเท้า ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ คือ การจัดการกับความเครียดและด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพคือ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะแสดงออกมาทางพฤติกรรมดูแลได้ด้วยตนเอง ภายใต้อัจฉริยภาพที่มีอยู่ ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งทางด้านดูแลรักษาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน และการดูแลด้านชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไป ในที่สุดผู้ป่วยจะสามารถมีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เทคนิคกระบวนการกลุ่มที่นำมาใช้ในการเสริมพลังอำนาจซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและเกิดกระบวนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชี้แนะแนวทางแก้ปัญหาและให้กำลังใจในผู้ที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จึงช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการคิดวิเคราะห์ที่ไตร่ตรองตระหนักคิดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยตนเอง การคิดและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เป็นของตนเองสอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตน ซึ่งกลุ่มสามารถติดตามและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเองที่เลือกไว้ ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากขึ้น โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก เป็นหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก มีหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

จากสถิติการรักษาโรคทั่วไปในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสามเงา พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยสถิติช่วงปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 924, 1138 และ 1248 คน

ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านเศรษฐกิจและสังคม บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีรายงานผลการตรวจระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) 3 ปีย้อนหลังคือ พ.ศ. 2559 - 2561 พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ผิดปกติร้อยละ 45.1, 46.0 และ 58.6 ตามลำดับ จุดประสงค์หลักของการควบคุมโรคเบาหวานจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ โดยเฉพาะระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ควรอยู่ในระดับน้อยกว่าร้อยละ 7 ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นหัวใจสำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การบริหารยารักษาโรค การได้รับข้อมูลในการรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกาย และการจัดการกับความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยและวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

จากการสังเกตการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานรอตรวจพบว่ามี การให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มใหญ่ ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นและไม่สามารถแสดงความคิดเห็นและซักถามปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยอาจจะไม่เข้าใจความรู้ที่ได้รับ ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 200 มก/ดล จำนวน 5 ราย เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่า มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองยังไม่ดีนัก ผู้ป่วยมีความรู้แต่ขาดความตระหนักและขาดทักษะที่จะนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ไม่สามารถจัดกิจกรรมในการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทางบวก เน้นความไว้วางใจ การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังในการสามารถดูแลตนเอง ในการกำหนดปัญหา การตัดสินใจแก้ไขและปฏิบัติการดูแลตนเองตามที่คาดหวังไว้ ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง มีความเป็นอิสระในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้เป็นไปตามการดำเนินชีวิตของตนและตรงกับความต้องการของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

คำถามการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2562 ถึงเดือน กันยายน 2562 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปีขึ้นไป 2) มีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป 3) มีอายุตั้งแต่ 35 -60 ปี 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสามเงา จังหวัดตาก 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัยและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น ไตวาย โรคหัวใจ ตามัวมากจนมองไม่เห็น เป็นอัมพาต ถูกตัดแขน-ขา ความจำเสื่อม เป็นต้น 6) สามารถสื่อสารได้ดี เข้าใจและสามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 7) ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ 8) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ 9) ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดตลอด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณ โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันทิศทางทดสอบทางเดียว (One-sided test) (Schisselman, 1973) การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำค่าความแปรปรวนและผลต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรตาม คือ ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจากผลการวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันของพัชรี เชื้อทอง (2005) ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 และการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายไปหรือขาดการติดต่อของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 คน ทั้งนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิ์และป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคนละวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปจำนวน 11 ข้อและข้อมูลภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ รวม 16 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สมาชิกในครัวเรือน สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก ค่าดัชนีมวลกาย การชั่งน้ำหนักต่อปี ประวัติการตรวจตาจากจักษุแพทย์ การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค โรคประจำตัวอื่นร่วม และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 3 การประเมินค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน และ ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991, 1995) มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของพัชรี เชื้อทอง (2005) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

การใช้ยาและการดูแลเท้า 2) ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้แก่ การจัดการกับความเครียด และ 3) ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก ดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการดูแลเท้า ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ไม่ปฏิบัติ (1)	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ
น้อยครั้ง (2)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 1 – 2 วัน
บางครั้ง (3)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 3 – 4 วัน
บ่อยครั้ง (4)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 5 – 6 วัน
ประจำ (5)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 7 วัน

แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ไม่ปฏิบัติ (1)	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ
น้อยครั้ง (2)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 1 วัน
บางครั้ง (3)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 2 วัน
บ่อยครั้ง (4)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 3 – 4 วัน
ประจำ (5)	หมายถึง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.80 แล้วนำไปทดสอบหาความเที่ยงกับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากให้คำรับรองในการศึกษาวิจัยตามเลขจริยธรรมที่ 007/60 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย แจ้งสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองและวัดค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มและดำเนินการนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนการวิจัยที่กำหนด ในแต่ละขั้นตอน ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้เล่า ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจและความวิตกกังวล ได้รับความรู้ที่จำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการคิดวิเคราะห์ เกิดการตระหนักรู้ เข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 1 วันในแต่ละขั้นตอน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกันภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (แยกกลุ่มกันถ่ายทอดประสบการณ์) ในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การแก้ไขปัญหาสุขภาพเล็กๆน้อยในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการจัดการความเครียดและการรับประทานยา การมาพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการในสัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการเก็บข้อมูล ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและวัดค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการศึกษา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีแจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลกับฮีโมโกลบิน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ระหว่างก่อนการทดลองและ

หลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลองโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance: ANCOVA)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 ราย ในระหว่างการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ครบตลอดระยะเวลาของการวิจัย ผลการวิจัยดังตารางต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สมาชิกในครัวเรือน สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก และค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และผลการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X ² p-value	t p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					0.675	
ชาย	10	25.00	11	27.50		
หญิง	30	75.00	29	72.50		
2. อายุ	\bar{x} 53.10 (SD 6.76)		\bar{x} 50.01 (SD 5.66)			0.107
35-40 ปี	3	7.50	4	10.00		
41-45 ปี	3	7.50	6	15.00		
46-50 ปี	6	15.00	6	15.00		
51 -55 ปี	10	25.00	14	35.00		
56-60 ปี	18	45.00	10	25.00		
3. ศาสนา					1.00	
พุทธ	40	100	40	100		
4. สถานภาพสมรส					0.481	
โสด	1	2.50	2	5.00		
คู่	33	82.50	33	82.50		
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	6	15.00	5	12.50		
5. ระดับการศึกษา					1.00	
ประถมศึกษา	36	90.00	35	87.50		
มัธยมศึกษา	1	2.50	3	7.50		
อนุปริญญา	2	5.00	2	5.00		
ปริญญาตรี	1	2.50	0	0		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างฯ (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X ² p-value	t p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
6. รายได้ต่อเดือน						0.190
น้อยกว่า 1,000 บาท	4	10.00	9	22.50		
1,001 – 5,000 บาท	4	10.00	5	12.50		
5,001 – 10,000 บาท	28	70.00	26	65.00		
15,001 – 20,000 บาท	4	10.00	0	0		
มากกว่า 20,000 บาท	0		0	0		
7. อาชีพ						0.658
ไม่มีอาชีพ	1	2.50	0	0		
เกษตรกร	23	57.5	24	60.00		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	5.00	4	10.00		
ค้าขาย	4	10.00	4	10.00		
รับจ้างทั่วไป	10	25.00	8	20.00		
8. สมาชิกอาศัยครัวเรือนเดียวกัน	\bar{x} 3.58 (SD 1.26)		\bar{x} 3.58 (SD 1.26)			0.594
น้อยกว่า 3 ราย	11	27.50	8	20.00		
3 – 5 ราย	25	62.50	26	65.00		
6 – 8 ราย	4	10.00	6	10.00		
9. สิทธิการรักษาพยาบาล						0.311
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	32	80.00	34	85.00		
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	17.50	3	7.50		
ประกันสังคม/เบิกจ่ายตรง อปท.	1	2.50	3	7.50		
10. ผู้ดูแลหลัก						0.491
สามี/ภรรยา	24	60.00	28	70.00		
บุตรสาว/บุตรชาย	12	30.00	8	20.00		
หลาน	2	5.00	1	2.50		
ญาติ/พี่น้อง	2	5.00	3	7.50		
11. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	\bar{x} 25.48 (SD 4.33)		\bar{x} 26.39 (SD 4.60)			0.375
น้อยกว่า 18.00	0	0	2	5.00		
18.00 – 21.00	6	15.00	2	5.00		
21.01 – 24.00	12	30.00	12	30.00		
24.01 – 28.00	13	32.50	13	32.50		
28.01 – 33.00	7	17.50	8	20.00		
มากกว่า 33.01	2	5.00	3	7.50		

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพและผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก ต่อปี ประวัติการตรวจตาจากจักษุแพทย์ การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค โรคประจำตัว

อื่นร่วมและผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าข้อมูลภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้น ความถี่การชั่งน้ำหนักต่อปีและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคที่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และผลการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X ² p-value	t p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การชั่งน้ำหนักต่อปี						0.044*
ชั่งน้ำหนัก 1-3 เดือน/ปี	1	2.50	4	10.00		
ชั่งน้ำหนัก 4-6 เดือน/ปี	20	50.00	10	25.00		
ชั่งน้ำหนัก 7-9 เดือน/ปี	9	22.50	8	20.00		
ชั่งน้ำหนัก 10-12 เดือน/ปี	10	25.00	18	45.00		
2. ประวัติตรวจตาจากจักษุแพทย์						
ไม่เคยได้รับการตรวจเลย	22	55.00	13	32.50		
ได้รับการตรวจเพียง 1 ครั้ง	12	30.00	23	57.5		
ได้รับการตรวจ 2 -3 ครั้ง	6	15.00	4	10.00		
3. การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน						
ไม่เคยได้รับการตรวจเลย	27	67.50	24	60.00		
ได้รับการตรวจเพียง 1 ครั้ง	5	12.50	11	27.50		
ได้รับการตรวจ 2 -3 ครั้ง	4	10.00	4	10.00		
ได้รับการตรวจ 3 - 4 ครั้ง	4	10.00	1	2.50		
4. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค	\bar{x} 6.64 (SD 2.65)		\bar{x} 8.79 (SD 4.93)			0.012*
5 - 10 ปี	37	92.50	30	75.00		
11 - 15 ปี	2	5.00	5	12.50		
15 - 20 ปี	1	2.50	3	7.50		
มากกว่า 20 ปี	0	0	2	5.00		
5. โรคประจำตัวอื่นร่วม					0.858	
ไม่มีโรคแทรกซ้อน	8	20.00	9	22.50		
ความดันโลหิตสูง	10	25.00	8	20.00		
ไขมันในเลือดสูง	10	25.00	12	30.00		
ความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง	11	27.50	8	20.00		
6. ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด FBS	\bar{x} 153.91 (SD 36.14)		\bar{x} 146.02 (SD 36.09)			0.344
น้อยกว่า 140 mg%	19	47.50	19	47.50		
141 - 180 mg%	13	32.50	15	37.50		
181 - 220 mg%	5	12.50	4	10.00		
221 - 260 mg%	2	5.00	2	5.00		
261 - 300 mg%	1	2.50	0	0		
มากกว่า 300 mg%	0	0	0	0		

* p < .05

3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเท่ากับ 217.38 คะแนน (S.D.= 16.68) และ 251.35 คะแนน (S.D.= 13.40) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านทุกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < .001$ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 8.18 (S.D.= 1.80) และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 7.30 (S.D.= 1.10) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (n = 40)

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	SD \bar{d}	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	217.38	16.68	251.35	13.40	33.97	14.31	-14.43	0.000***
1.ด้านการควบคุมอาหาร	58.95	6.40	63.62	4.99	4.68	6.85	-4.15	0.000***
2.ด้านการออกกำลังกาย	39.84	5.29	44.86	4.22	5.03	5.61	-5.93	0.000***
3.ด้านการใช้ยา	24.73	2.45	26.41	1.75	1.62	2.61	-3.90	0.000***
4.ด้านการดูแลเท้า	34.22	5.53	41.78	3.80	7.57	5.91	-7.79	0.000***
5.ด้านการจัดการความเครียด	24.59	3.37	27.11	2.82	2.51	3.09	-4.94	0.000***
6.ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	35.05	4.24	47.57	3.95	12.51	4.63	-16.42	0.000***
ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน(HbA1c)	8.181	1.801	7.30	1.106	-0.881	1.534	4.39	0.000***

* p-value < .05, ** p-value < .01, *** p-value < .001

4. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังในกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเท่ากับ 198.51 คะแนน (S.D.= 19.03) และ 218.13 คะแนน (S.D.= 17.39) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านได้แก่ การดูแลเท้า การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < .001$ ส่วนด้านการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2 ด้าน คือ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 8.43 (S.D.= 1.70) และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 7.28 (S.D.= 1.05) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม (n = 40)

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	SD \bar{d}	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	198.51	19.03	218.13	17.35	19.62	18.08	-6.77	0.000***
1.ด้านการควบคุมอาหาร	55.97	6.38	56.85	7.17	0.87	8.59	-0.63	0.530
2.ด้านการออกกำลังกาย	38.08	5.39	39.33	6.05	1.26	6.68	-1.17	0.248
3.ด้านการใช้ยา	23.59	4.21	25.56	2.41	1.97	4.30	-2.87	0.007**
4.ด้านการดูแลเท้า	27.44	4.90	30.87	5.96	3.44	5.55	-3.86	0.000***
5.ด้านการจัดการความเครียด	22.79	4.11	25.97	2.96	3.18	4.66	-4.26	0.000***
6.ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	30.64	5.43	39.54	5.73	8.90	5.85	-9.49	0.000***
ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน(HbA1c)	8.43	1.70	7.28	1.05	-1.15	1.53	4.69	0.000***

* p-value < .05, ** p-value < .01, *** p-value < .001

5. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังในระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

5.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรร่วม ได้แก่ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองมีอิทธิพลร่วมกันต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 39.05, p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of Determination: R^2) เท่ากับ 0.456 หมายความว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองสามารถอธิบายความแปรผันของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ประมาณร้อยละ 45.6 เมื่อกำจัดอิทธิพลร่วมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 50.28, p < .001$) ดังตารางที่ 5

5.2 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรร่วม ได้แก่ ระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลองมีอิทธิพลกับค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 119.26, p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ $R^2 = 0.624$ หมายความว่า ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลองสามารถอธิบายความแปรผันของค่า

ระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 62.4 เมื่อกำจัดอิทธิพล ออกออกไปแล้วพบว่าค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 0.342, p = 0.561$) สรุปว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีค่าน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและค่าน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการ ทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	Df	Mean Squares	F	P-value
ตัวแปรร่วม(คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง	6904.45	1	6904.45	39.05	0.000***
-กลุ่ม	8890.70	1	8890.70	50.28	0.000***
-ความคลาดเคลื่อน	1207.76	73	176.82		
-รวม	77522.00	80			
R Squared = .456 (adjusted R Squared = .441)					
ตัวแปรร่วม(ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน(HbA1c) ก่อนการทดลอง)	88.76	1	88.76	119.27	0.000***
-กลุ่ม	0.25	1	0.25	0.34	0.561
-ความคลาดเคลื่อน	54.33	73	0.74		
-รวม	223.55	80			
R Squared = .624 (adjusted R Squared = .614)					

*** $p < .001$

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เป็นผลจากการเสริมสร้างพลัง อำนาจเป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถในการเรียนรู้และ ทำความเข้าใจปัญหา การตัดสินใจและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองนั้นว่า ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมของตนทั้งภายในและภายนอก และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้อง มีความมั่นใจในความรู้ ความสามารถ ทักษะของตนเอง สามารถที่จะตัดสินใจเลือกแนวทางนั้นเอง โดย ไม่มีการบังคับให้ปฏิบัติตาม มีอิสระที่จะเลือกเพื่อให้ปรับเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของตน ผู้ป่วยเกิดเพิ่มความ มั่นใจในการปฏิบัติและมีความคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถปรับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร ช้อยุ่น (2007) ที่ศึกษาผลของการ เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวต่อการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุม สถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุม สถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นบทบาทหนึ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรมานำประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้วยเหตุที่การการเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลครอบครัว ชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมพลังใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของสุขภาพ หันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่เพียงแต่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการ เรียนรู้มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจ ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง โดยที่พยาบาลคอยช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Poomsanguan K., 2014)

การเสริมพลังอำนาจเกิดจากสัมพันธภาพทางบวกระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม มีความไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจ มีเป้าหมายร่วมกัน ร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเอง ร่วมกันในการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ เรียนรู้และตัดสินใจที่จะปฏิบัติ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัตถก ศรีคล้อ และคณะ (2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองสวน จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจตนเองในการดูแลเท้า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .001 ซึ่งพยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองไปปรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อไป (Sriklo M. et al., 2014)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับฮีโมโกลบินหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านการควบคุมอาหารที่เหมาะสม แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับฮีโมโกลบินหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (Jermjitphong A., 2017) ซึ่งบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ด้วยการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจ ความไว้วางใจกัน (Trust) และเห็นใจกัน (Empathy) เป็น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันพยาบาลต้องเข้าไปสัมผัส รับรู้ ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม

ทัศนคติ รวมทั้งวัฒนธรรม (Poomsanguan K., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร ราชวัฒน์ (2007) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การเสริมสร้างสุขภาพด้วยโยคะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงกว่าการทดลอง (Rachawat R., 2007) แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นบทบาทที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านมานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยา เป็นต้น ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจนั้น พยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนเรื่องค่านิยมและความรู้สึกที่มีต่อการรักษาและวิธีการรักษาที่ได้รับอันจะนำไปสู่การหาทางเลือกและรับผิดชอบในทางเลือกที่ตนเองได้ตัดสินใจแล้ว และมีส่วนร่วมในการหาทางออกความเห็นและการตัดสินใจของผู้รับบริการ (Gibson, 1991) การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องมาจากการได้รับการเข้าค่ายเบาหวานจากทีมสุขภาพ อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพตระหนักถึงการควบคุมน้ำตาลจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในหมู่บ้านที่ใกล้เคียงกันและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน เพื่อยกระดับการบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานสูงขึ้นและควรมีการจัดอบรมเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนนำไปปฏิบัติ เพื่อช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะเวลาในการทำกิจกรรมของแต่ละขั้นตอน ควรคำนึงถึงสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มรวมทั้งลักษณะของกลุ่มเป็นสำคัญเพื่อให้สอดคล้องกับการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ควรมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในทางด้านทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป
3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาต่อเนื่องระยะยาวและมีการติดตามผู้ป่วยขณะดูแลตนเองที่อยู่บ้าน เพื่ออธิบายความยั่งยืนของกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสามเงารวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามเงาทุกคน ที่สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ให้ประสบผลสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

Akhawathin L. (2011). Health Behavior of Diabetic Patients: A Case Study of Patients at Tambon Muangngam, Amphur Sao Hai, Saraburi Province. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage*.5(1), 103-112. (in Thai).

- Chaengpromma K. (2018). Factors Related to HbA1c Levels in Type 2 Diabetic Patients at Prayuen Hospital in Khon Kaen Province, Srinakharinwirot University Journal (Science and Technology Program) 10 (19),1-13. (in Thai).
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 : 354-361.
- Gibson, C. H. (1995). The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children. *Journal of Advanced Nursing*. 21, 1201-1210.
- Intharabut M., Muktabhant Benja. (2007). Perception and Practices of Dietary Control in Type 2 Diabetic Patients. *Srinagarind Medical Journal*. 22(3), 283-290. (in Thai).
- Jermjitphong A. (2017).The Effects of Empowerment Program to Knowledge and Control Blood Sugar of Diabetes Type II Patients Khokphochai Hospital, Khokphochai District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*. 29(334), 30-33. (in Thai).
- Kessin J. (2013).Self-management, Knowledge, Quality of life in New Cases with Type II Diabetes Mellitus, Pre-Post Type II Diabetes Patients Self-management Program in Urban Areas, Uthaithani Province. *Journal of Nursing Division*. 40(1),84-403.
- Kanglee K. (2014).Factors Associated With Glycemic Control Among People with Type 2 Diabetes Mellitus at Phramongkutklao Hospital, Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 15 (3), 256-257. (in Thai).
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice* (4 th ed.). St. Louis: Mosby.
- Phongprapapan Pensri. (2010). Development Health Promotion Model for Holistic Care of Diabetic Patients in Community of Puranavas Temple, Bangkok, Thailand. Department of Nursing Faculty of Nurse Bangkok Thanabut University. (in Thai).
- Poomsanguan K. (2014). Health Empowerment: Nurses' Important Role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 15(3), 86-90. (in Thai).
- Prasertapisakul N. et al. (2008). Factors Predicting Hyperglycemic Preventive Behaviors among Older Persons with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. Master of Nursing Program (Family Practice Hospital), Thammasat University. (in Thai).
- Rachawat R. (2007). *Effects of self-regulation program on arm swing exercise behavior and blood sugar of diabetic patients in community*. Master degree of Community Practice Nursing, Faculty of Nursing Burapha University. (in Thai).
- Sriklo M. et al.,(2014). Effects of Foot Care Promoting Program on Perceived Empowerment and Foot Care Behaviors or Patients with Diabetes Mellitus Type 2 at Tambon Bann Klongsuan Health Promoting Hospital, Samut Prakarn Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 30(2),68-79. (in Thai).