

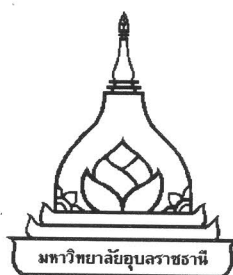


ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน



จุฑามาศ นักบุญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

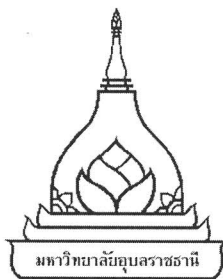


EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM FOR HEALTH CARE
VOLUNTEER ON DIABETIC CARE

CHUTHAMAT NUKBUN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR DEGREE OF MASTER OF PHARMACY
MAJOR IN HEALTH SERVICE MANAGEMENT
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RATCHATHANI UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2017

COPY RIGHT OF UBON RATCHATHANI UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแล
ผู้ที่เจ็บป่วยโรคเบาหวาน

ผู้วิจัย นางสาวจุฑามาศ นักบุญ

คณะกรรมการสอบ

ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล	ประธานกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้องเล็ก คุณวรดิศัย	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.สัมมนา มูลสาร	กรรมการ
ดร.ภคิน ไชยช่วย	กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้องเล็ก คุณวรดิศัย)

.....

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร.สัมมนา มูลสาร)

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินันท์ ประสิทธิ์ภูริปรีชา)

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อริยาภรณ์ พงษ์รัตน์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้องเล็ก คุณวรดิศัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. สัมมนา มูลสาร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและอาจารย์ อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สัมมนา มูลสาร ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขและวิจารณ์ผลงานทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลก่อ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและกำลังใจอันดียิ่งจากทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณ ณ โอกาสนี้

จุฬามาศ นกบุญ

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

เรื่อง : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัย : จุฑามาศ นักบุญ

ชื่อปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : บริหารบริการสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้อยเล็ก คุณวรดิษฐ์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : รองศาสตราจารย์ ดร. สัมมนา มูลสาร

คำสำคัญ : เบาหวาน, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผลที่เกิดต่อผู้ป่วย ตาเบาหวาน อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้แก่ อสม. แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ภายใต้การดูแลของ อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน โดย อสม. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test Independent t-test และ paired t-test

ผลการศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไม่แตกต่างกัน แต่หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.018$) อีกด้านมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$ และ 0.031) และผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3 ด้านและระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$,

0.003, 0.004 และ < 0.001 ตามลำดับ)และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$)

การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อสม.ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

ABSTRACT

TITLE : EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM FOR HEALTH
CAREVOLUNTEERS ON DIABETIC CARE

AUTHOR : CHUTHAMAT NUKBUN

DEGREE : MASTER OF SCIENCE

MAJOR : MANAGING HEALTH SERVICES

ADVISOR : ASST. PROF. NONGLEK KUNAWARADISAI, Ph.D.

CO-ADVISOR : ASSOC. PROF. SUMMANA MOOLASARN, Ph.D.

KEYWORDS : DIABETES, EMPOWERMENT PROGRAM, HEALTH CARE VOLUNTEER

This experimental research objective was to determine effects empowerment program for health care volunteers on diabetes patients at Tambon Kor, amphoe warin chamrap, Ubon Ratchathani. There were 2 samples in this study. The first group of sample was health volunteers which were randomly selected to intervention group and control group, 20 subjects per group. The second group of subjects was diabetic patients who were under supervision of the health volunteers, 40 subjects group. The intervention group received empowerment program. Data was collected by using self-developed questionnaires before and 4 weeks after the intervention period. Analyses of the data by using descriptive statistics, Chi-square test, t-test, and paired t-test.

The result of the study volunteers to public health of village (Perfect) Group experiments and the control group is the average score of awareness of power, knowledge and the assessment of the perception of health care diabetes patients does not vary. But after the trial period between the group with the control group is the average score of awareness of power does not vary the average score of knowledge in health care diabetes patients is higher than the control group in a statistical significance (p-value= 0.018) on the other side there is the average score of the evaluation of the recognition in the Health Care diabetes patients before and after the trial period is higher than the control group in a statistical significance (p-value= 0.001 and 0.031) Before the intervention period, self-care behaviors and

fasting blood sugar levels of diabetic patients in the intervention group and the control group were not statistically significant. After the intervention, self-care behaviors scores of diabetic patients regarding food consumption control ($p = .001$), exercise ($p = .003$) and drug use ($p = .004$) were statistically higher than the control group. In addition, after the intervention, blood sugar levels of the intervention groups were statistically lower than the control group ($p = .002$).

Results of this study suggested that the empowerment program for health care volunteers could improve the health care volunteers knowledge and then resulting in helping diabetes patients controlling their fasting blood sugar levels.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามหลักการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย	6
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	7
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	11
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	23
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ	28
2.4 กระบวนการเรียนรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจของบิสซอป	33
2.5 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	42
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
3.3 เครื่องมือการวิจัย	47
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	55
3.5 การทดลอง	55
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	59
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	60
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข	61
4.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	92
5.2 อภิปรายผล	95
5.3 ข้อเสนอแนะ	98
5.4 การนำผลวิจัยไปใช้	98
เอกสารอ้างอิง	99
ภาคผนวก	
ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	106
ข จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	124
ค Reliability	135
ง การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)	142
ประวัติผู้วิจัย	146

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1	การประยุกต์ทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 48
4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของอสม. จำแนกตามกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม 63
4.2	เปรียบเทียบส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควส์ 64
4.3	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ t – test 65
4.4	จำนวนและร้อยละของการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและ หลังการทดลอง จำแนกรายข้อ 67
4.5	เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 71
4.6	เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม 71
4.7	จำนวนและร้อยละของความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของ อสม. กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 73
4.8	เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 73
4.9	เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม 74
4.10	จำนวนและร้อยละของประเมินตนเองการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแล สุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของ อสม. กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 75
4.11	เปรียบเทียบการประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 76
4.12	เปรียบเทียบการประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม 78
4.13	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม 79
4.14	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควส์ 80
4.15	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ t – test 85
4.16	จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและ หลังการทดลอง จำแนกรายข้อ 82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.17 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง และหลังการทดลอง จำแนกรายข้อ	86
4.18 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานยา ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังการทดลอง จำแนกรายข้อ	88
4.19 เปรียบเทียบพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลอง	90
4.20 เปรียบเทียบพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มควบคุม	90
4.21 เปรียบเทียบพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง	90
4.22 เปรียบเทียบพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังทดลอง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง	91
4.23 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	91
4.24 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	91

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดของการวิจัย	10
2.1	กระบวนการเรียนรู้ของการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ	35
3.1	แผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการวิจัย (อสม)	42
3.2	แผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการวิจัย (ผู้ป่วยเบาหวาน)	43

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมของประชาชนเช่นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต่างไปจากเดิมรับประทานอาหารที่ผลต่อการเพิ่มน้ำหนักของร่างกาย มีการออกกำลังกายที่ลดน้อยลงการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยผลที่ตามมาคือการเกิดโรคต่างๆที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงล้วนเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเช่นเบาหวานโรคหลอดเลือดสมองโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (ธิดา ศิริ, 2551; อ้างอิงจาก Lemone and Burke, 2000)

โรคเบาหวานมีแนวโน้มเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าปีพ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 1,100,000 ล้านคนและร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเบาหวานที่เสียชีวิตเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่ด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนาและครึ่งหนึ่งของผู้ที่เสียชีวิตพบว่ามีอายุน้อยกว่า 70 ปีและร้อยละ 55 เป็นผู้ป่วยสตรี (องค์การอนามัยโลก, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติที่ระบุว่าในปีพ.ศ. 2555 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวาน 220 ล้านคนและใน พ.ศ. 2568 คาดการณ์ว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มเป็น 380 ล้านคนโดยผู้ป่วยเบาหวาน 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชียสาเหตุส่วนใหญ่มาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2555 พบว่าประชาชนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวาน 4.47 ล้านคน (ร้อยละ 9.08) พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 4 ต่อแสนประชากรเป็นลำดับที่ 3 ของโรคภัยไข้เจ็บของประชากรไทยนอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 13.4 แยกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงร้อยละ 34.60 ภาวะแทรกซ้อนทางด้านอื่น ๆ เช่นทางตาไตและบาดแผลตามอวัยวะต่าง ๆ ร้อยละ 11.70 (สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค, 2555) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีอัตราป่วยและอัตราป่วยตายดังนี้ปี 2554 อัตราป่วย 586.82 ต่อแสนประชากรอัตราป่วยตาย 9.39 ต่อแสนประชากรปี 2555 อัตราป่วย 675.43 ต่อแสนประชากรอัตราป่วยตาย 9.39 ต่อแสนประชากรปี 2556 อัตราป่วย 675.73 ต่อแสนประชากรอัตราป่วยตาย 12.22 ต่อแสนประชากรตามลำดับแสดงว่าอัตราป่วยและอัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี 2554 พบอัตราป่วย 586.82 ต่อแสนประชากรปี 2555 พบอัตราป่วย 605.54 ต่อแสนประชากรปี 2556 พบอัตราป่วย 642.04 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข,

2556) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาที่คุกคามชีวิตคนไทยและเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดมีแนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยและตายสูงขึ้นทุกปีจึงต้องอาศัยการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ตลอดจนต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนในการดำรงชีวิตและมีข้อจำกัดหลายประการในการควบคุมโรค

จึงทำให้ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกกังวลเครียดเบื่อหน่ายท้อแท้หมดกำลังใจรู้สึกว่าคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น (ธิดา ศิริ 2551; อ้างอิงจาก Lemone and Burke, 2000) ด้านบทบาททางสังคมโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่เช่นมีการเปลี่ยนสถานะอาชีพและสังคมมีการสูญเสียรายได้จากการทำงานสมรรถภาพในการทำงานเสื่อมลงและถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนด้วยแล้วมักทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและมีปัญหาจากการเพิ่มค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวซึ่งสัมพันธ์โรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 3 เท่า นับว่าเป็นการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากเกินความจำเป็น (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2545)

ดังนั้น การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยหวานจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการเพื่อให้เพียงพอและสามารถรองรับกับปัญหาผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสม มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนแต่ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และความรู้ (สำนักส่งเสริมและฝึกอบรมมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549) และเป็นการดูแลที่เน้นบริการทางสังคมมากกว่าบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานต้องแสวงหาบริการสุขภาพจากนอกชุมชนในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลแต่การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนยังมีจำนวนน้อยและมีมาตรฐานที่แตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลโดยส่วนมากมักเป็นเพียงการจัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีบริการที่ตอบสนองตามความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนบริการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพยังไม่มีรูปแบบที่เหมาะสมและที่มีอยู่ส่วนมากจัดโดยภาคเอกชนที่ค่าใช้จ่ายสูงจึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะเข้าถึงได้ (ชาย โพธิस्ता, 2551) ภายใต้อาสาสมัครและอาสาสมัครในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนที่มีลักษณะการดูแลสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของชุมชนและการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการของภาคีเครือข่ายทางสุขภาพในชุมชน (สุพัตราศรี วณิชชากร, 2552) ดังนั้นการประสานความร่วมมือระหว่างบริการทางสุขภาพกับบริการทางสังคม เพื่อจัดการบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยเน้นการบริการถึงบ้านจึงเป็นรูปแบบที่น่าจะสอดคล้องกับวิถีของสังคมไทยในอนาคตได้มากที่สุด ในขณะที่เดียวกัน ถ้าหากมีการนำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระยะยาวมาใช้ ในภาวะที่อัตราการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้ป่วยเบาหวานมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ การสร้างบุคลากร

ทางด้านวิชาชีพคงไม่ทันกับสถานการณ์ ซึ่งแนวทางหนึ่งที่สามารถทำได้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง (คณะกรรมการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2551)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ (2552) ได้ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรที่เข้มแข็งของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสาร การสำรวจข้อมูล การรณรงค์เพื่อป้องกันโรค แต่มีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องในการติดตามดูแล เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาของอารี บุตรสอน (2546) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีข้อจำกัดในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2552) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการประเมินค่าความดันโลหิตเพียงร้อยละ 31.10 มีการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตทุกเดือน ร้อยละ 9.6 และขาดความรู้การให้คำแนะนำดูแลสุขภาพ เช่น วิธีการออกกำลังกาย การเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการดูแลสุขภาพที่มีความทันสมัยและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกสว่าง และตำบลนากระแซง จังหวัดอุบลราชธานี (มินตรา สาระรักษ์, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ และฉันทยาการย์ ศรีวรรณมาศ, 2552; อ้างอิงจาก มินตรา สาระรักษ์, 2553) โดยการสร้างพลังและทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพตามฐานการเรียนรู้เรื่องการออกกำลังกาย การปฐมพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดำเนินงานสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม และเมื่อจัดกลุ่มคะแนนศักยภาพการดำเนินงานก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างตำบลโคกสว่าง ส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มต่ำมากที่สุดร้อยละ 75.5 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมจัดอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุดร้อยละ 48.8 กลุ่มตัวอย่างจากตำบลนาแซง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจัดอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุดร้อยละ 36.4 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.4 และเมื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพหลังจากอบรม 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นประมาณร้อยละ 83 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การปฏิบัติงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการดำเนินงานและมีความมั่นใจในการดำเนินงานเป็นอย่างดี

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหาด้วยตนเอง เกิดความนับถือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคลในกลุ่ม ระบุปัญหาวิเคราะห์สาเหตุมองภาพอนาคตได้สามารถพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขปัญหาได้ นำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคลองค์กรและสังคม (Wallerstrin & Bernstrin, 1988; อ้างอิงจาก มาลี เกื้อนพคุณ, 2544) จากการทบทวนการวิจัยในต่างประเทศของเชสธา (Shrestha, 2003) ได้ศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงในประเทศเนปาลซึ่งเป็นวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโลแฟร์ (Paulo Freire, ค.ศ.1970) จากการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรโดยไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความรู้ ความตระหนักรู้ ทักษะและความมั่นใจของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงจนสามารถปฏิบัติงานการคุมกำเนิดในผู้หญิงกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุลศักดิ์ หน่อแก้ว (2547) เรื่องผลของการเสริมสร้างพลังกลุ่มสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล แม่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลเด็ก 0 -5 ปีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988; อ้างอิงมาจาก นิทยาเพ็ญศิริินภา, 2548) ร่วมกับการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมที่พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการส่งเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การรับรู้ปัญหาทุโภชนาการ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหาร โภชนาการในเด็ก 1-5 ปีดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผลักดันความตั้งใจมุ่งมั่นของตนเองไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ แต่การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมาเน้นความรู้ และทักษะในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีหลักสูตรสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) ทั้งยังพบว่าการพัฒนาโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพียงส่วนน้อย

รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ปี 2554 – 2556 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดยปี 2554 พบผู้ป่วยจำนวน 18,055 รายอัตราป่วย 1,314.20 ต่อแสนประชากรเสียชีวิต 130 รายอัตราป่วยตาย 9.39 ต่อแสนประชากรปี 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 18,255 รายอัตราป่วย 1,329.89 ต่อแสนประชากรเสียชีวิต 108 รายอัตราป่วยตาย 7.86 ต่อแสนประชากรและปี 2556 พบผู้ป่วยจำนวน 19,635 รายอัตราป่วย 1,430.42 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2556)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบรับผิดชอบดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 22 แห่งผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานพบว่าในปี 2554 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3,467 รายอัตราป่วยเท่ากับ 1,412.60 ต่อแสนประชากรปี 2555 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4,143 รายอัตราป่วยเท่ากับ 1,688.03 ต่อแสนประชากรและในปี 2556 พบผู้ป่วยจำนวน 5,144 รายอัตราป่วยเท่ากับ 2,095.88 ต่อแสนประชากรตามลำดับ(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ

,2556)การดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อตำบลแสนสุขได้จัดรูปแบบการบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดโดยการจัดบริการในรูปแบบของ PCU โดยยึดประชาชนเป็นหลักในการจัดบริการปฐมภูมิจากผลการดำเนินงานให้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 6 ปีซ้อนหลังดังต่อไปนี้ปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 450 รายคิดเป็นร้อยละ 2.02 ปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 520 คิดเป็นร้อยละ 2.26 และปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 558 รายคิดเป็นร้อยละ 2.72 ปีพ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 580 รายคิดเป็นร้อยละ 2.80 ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 610 รายคิดเป็นร้อยละ 2.83 ปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 620 รายคิดเป็นร้อยละ 2.85 ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 652 รายคิดเป็นร้อยละ 2.87 ซึ่งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 200 คนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการควบคุมอาหารการออกกำลังกายการใช้ยาและการดูแลสุขภาพทั่วไปจากการสอบถามรายละเอียดถึงสาเหตุพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองเนื่องจากได้รับคำแนะนำในช่วงแรกไม่ต่อเนื่องขาดความชัดเจนซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงแนวทางที่นำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อ, 2556) และได้จัดการบริการด้านการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน (Home Health Care) และการดูแลช่วยเหลือโดยครอบครัวหรืออาสาสมัคร (อารีวรรณ จุลเจตน์, 2541) สอดคล้องกับการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งเสริมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2551) เน้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนซึ่งเป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2552)

ดังนั้นเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988; อ้างอิงจาก นิติยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจในตนเอง พึงพอใจในความสามารถของตนเอง รับรู้ถึงความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง จนเกิดความมั่นใจในตนเองและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในเขตรับผิดชอบของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่บ้านได้จำนวนครอบคลุมและช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้เรียนรู้ความสามารถในตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีสมารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสอดคล้องกับวิถีชีวิตครอบครัวและชุมชนนำไปสู่สังคมสุขภาวะได้ในที่สุดและถือเป็นการเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สร้างผลงานที่มีคุณภาพได้อย่างชัดเจนตามความคาดหวังของประชาชนและสังคมที่สูงขึ้นในปัจจุบัน

1.2 คำถามหลักการวิจัย

1.2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจมีความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจหรือไม่

1.2.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนสามารถเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นหรือไม่

1.2.3 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.3.2 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.3.3 เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

1.3.4 เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการ

รับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.7 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.8 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการดูแล

1.4.9 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.4.10 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการเสริมสร้างต่ำกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.4.11 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการเสริมสร้างต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.5 ขอบเขตการวิจัย:

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีต่อการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประชากรที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอมหาสารคาม จังหวัดอุบลราชธานีโดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในช่วงเดือน เมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al, 1988 อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548)

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) โดยการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง 5 ขั้นตอน ได้แก่

1.6.1.1 การได้รับประสบการณ์ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การฟังบรรยายและชม วีดิทัศน์โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การฝึกปฏิบัติโดยบทบาทสมมติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนด้วยตนเอง

1.6.1.2 การระบุประสบการณ์โดยการอธิบายความคิด ความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ที่ได้รับเรื่องความรู้ การชมวีดิทัศน์เรื่องราวของผู้ป่วยเบาหวาน การแสดงบทบาทสมมติ และประสบการณ์จากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนด้วยตนเอง

1.6.1.3 การวิเคราะห์ประสบการณ์โดยการร่วมกันคิด พิจารณาอย่างไตร่ตรอง และแสดงความคิดเห็นถึงความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ จากการเรียนรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

1.6.1.4 การร่วมกันคิดหาแนวทางในการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามบทบาทหน้าที่จากการชมวีดิทัศน์ บทบาทสมมติ และผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

1.6.1.5 การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นการฝึกปฏิบัติโดยบทบาทสมมติและการปฏิบัติจริงในชุมชน ภายหลังการปฏิบัติก็จะกลับเข้าสู่ขั้นตอนแรก คือ การได้รับประสบการณ์เป็นวงจรเช่นนี้ไปอย่างต่อเนื่อง

1.6.2 ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้รับการรักษาด้วยยาและส่งต่อให้มารับบริการในคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้อ อำเภอมหาสารคาม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการคัดเลือกตามที่ผู้วิจัยกำหนด

1.6.3 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หมายถึงค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการเจาะที่ปลายนิ้วของผู้ป่วยภายหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงโดยใช้เกณฑ์พิจารณาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้อคือระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ 70-120 mg/dl ถือว่าควบคุมได้ดี

121-140 mg/dl ถือว่าควบคุมพอใช้ 141-180 mg/dl ถือว่าต้องปรับปรุงและมากกว่า 180 mg/dl ถือว่าควบคุมได้ไม่ดี

1.6.4 DTX (Dextrostix) หมายถึง วิธีการทดสอบหาปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดซึ่งเป็นวิธีการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้เลือดเพียง 1 ที่ได้จากเจาะบริเวณปลายนิ้ว โดย DTX จะมีลักษณะเป็นแผ่นเซลลูโลสที่เคลือบด้วยสาร Reagent ที่สามารถบอกถึงความเข้มข้นของระดับน้ำตาลในเลือด โดยปกติแล้วแพทย์จะสั่งเจาะ DTX ในเฉพาะผู้ป่วย NPO เพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเจาะ DTX (Dextrostix) เป็นการใช้เครื่องตรวจชนิดพกพา เป็นวิธีหนึ่งในการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลซึ่งการตรวจไม่ยุ่งยาก ใช้เลือดปริมาณน้อยทราบผลทันที เครื่องขนาดเล็กพกพาง่าย นิยมใช้อย่างกว้างขวาง ใช้ติดตามภาวะ Hypo-Hyperglycemia โดยใช้เกณฑ์ค่าปกติอยู่ระหว่าง 70 -100 mg/dL ค่าระหว่าง 100-125 mg/dL ถือว่าเสี่ยงเกิดโรคเบาหวานค่ามากกว่า 126 mg/dL วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและทำให้ผู้ป่วยสามารถตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตนเอง ในแต่ละช่วงเวลาของแต่ละวันได้ว่าต่ำหรือสูงเกินไปหรือไม่ ซึ่งมีประโยชน์มากต่อทำให้ติดตามการรักษาโรคเบาหวานและปรับระดับการให้ยาหรืออินซูลินได้เหมาะสม หากพบว่าผิดปกติจะได้ไปพบแพทย์เพื่อรักษาอย่างถูกต้องได้ทันทั่วทั้งการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางรายที่ต้องเจาะเลือดวันละ 2-3 ครั้งหรือสัปดาห์หลายครั้งเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและทราบถึงการตอบสนองต่อการรักษาทำให้ควบคุมน้ำตาลและค่าน้ำตาลเฉลี่ยได้ดี และการวิจัยครั้งนี้จะใช้ผลตรวจ DTX เพราะอยู่ในข่ายที่ อสม.จะดำเนินการได้ และมีความปลอดภัยกับผู้ป่วยสูง

1.6.5 การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน หมายถึงการแปลความหมายจากความรู้ ความเข้าใจ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิตการจับชีพจร การนับอัตราการหายใจ การเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การระบุอาการเปลี่ยนแปลงของโรคและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแล วัดโดยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.6.6 การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988; อ้างอิงจากนิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) ซึ่งครอบคลุมถึงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับความเข้าใจถึงความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของ

ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานความรู้สึกต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองในการแก้ไขปัญหา การวางแผน และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

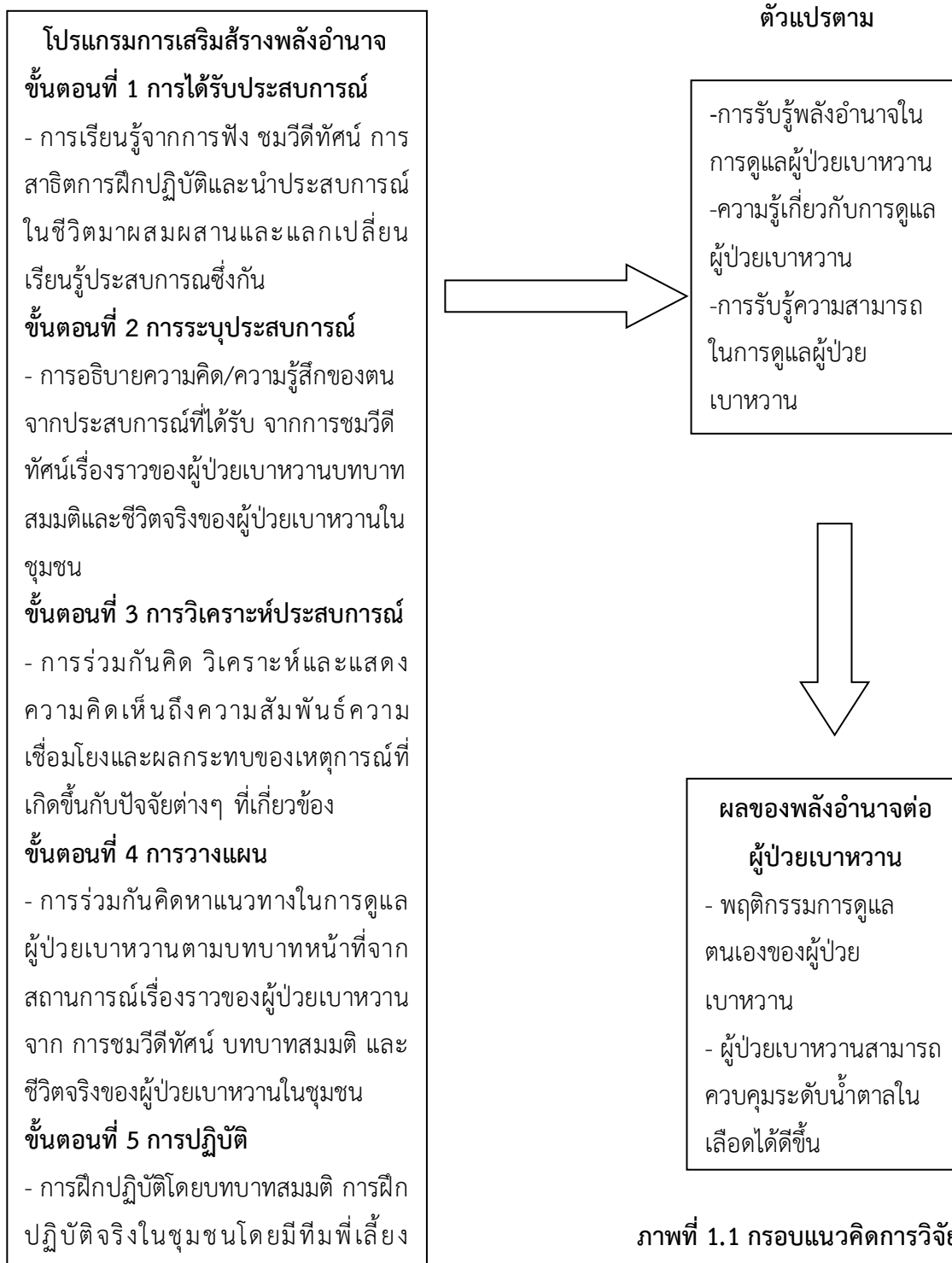
1.6.7 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน หมายถึง ความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน การดูแลและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ วัดโดยแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.6.8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนหรือบุคคลที่สมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนโดยผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ การให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพการเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือรักษาพยาบาลขั้นตอน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพ

1.6.9 พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำในชีวิตประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นเพื่อความปกติสุขและสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ซึ่งประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาโดยประเมน ได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคิดทฤษฎีและรายงานการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน

2.1.1 โรคเบาหวาน

2.1.1.1 โรคเบาหวาน หมายถึงกลุ่มโรคของการเผาผลาญพลังงานที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างเกิดจากการที่เบต้าเซลล์ในบริเวณอิสเลทออฟแลนเกอร์แฮนในตับอ่อนถูกทำลายทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงหายาระยะยาวการสูญเสียหน้าที่และความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไต ระบบประสาทหัวใจและหลอดเลือดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานมี 3 วิธีซึ่งทั้งสามวิธีจำเป็นต้องได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันเสมอ ดังนี้ (ADA, 2011)

- 1) มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ตามมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (อาการของโรคเบาหวานได้แก่ดื่มน้ำมาก, ปัสสาวะมาก และ มีน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ) หรือ
- 2) ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ขณะอดอาหารหมายถึงการงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) หรือ
- 3) ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังการตรวจ 75 กรัม (Oral glucose tolerancetest [OGTT]) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยในแต่ละวิธีข้างต้นอยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวานควรตรวจในวันอื่นอีก 1 ครั้งเพื่อยืนยันการวินิจฉัยในการตรวจซ้ำควรตรวจ Fasting plasma glucose เพื่อความสะดวกถ้าค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2.1.1.2 การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน แต่เดิมใช้ตาม WHO Study Group (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และกอบชัย พัววิไล, 2546) ซึ่งแบ่งประเภทของโรคเบาหวานตามลักษณะทางคลินิกได้แก่

- 1) โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent diabetes mellitus [IDDM])

2) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent diabetes mellitus [NIDDM])

3) โรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition related diabetes mellitus [MRDM])

2.1.1.3 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากอื่นๆ (Other Types) ซึ่งการจำแนกประเภทโรคเบาหวานดังกล่าวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจนในแง่ของพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรคการดำเนินโรคการตอบสนองต่อการรักษาและป้องกันโรคปัจจุบันการแบ่งประเภทของโรคเบาหวานจึงแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรค (The Expert Committee on the diagnosis and classification diabetes mellitus, 2003) เป็น 4 ประเภทดังนี้

1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes) ซึ่งมีการทำลายของ beta cell ทำให้เกิดการขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง

2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) ซึ่งเกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนโดยมีการหลั่งอินซูลินลดลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3) โรคเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ (Other specific types of diabetes) เช่นกรรมพันธุ์และการติดเชื้อในกระแสเลือด

4) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) ความผิดปกติที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือความไม่สมดุลระหว่างการตอบสนองต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อและการหลั่งอินซูลินโดยที่ตับอ่อนยังคงสร้างอินซูลินได้แต่อาจมีความผิดปกติในการหลั่งและหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรืออาจมีความผิดปกติในการนำอินซูลินไปใช้ในระดับของเนื้อเยื่อร่างกายจึงไม่สามารถนำน้ำตาลใช้เป็นพลังงานได้การขาดอินซูลินทำให้กลูโคสจากอาหารไม่สามารถเก็บสะสมที่ตับในรูปไกลโคเจนได้ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงเมื่อสูงเกินความสามารถของไตที่จะดูดซึมกลูโคสได้หมดทำให้ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (Glucosuria) เมื่อกลูโคสขับออกทางปัสสาวะมากทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูรีซิส (Gluconeogenesis) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (McCulloch & Robertson, 2004: 121; King, 2004; ชัชลิต รัตสร, 2546)

2.1.1.4 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งเป็น 2 ชนิดคือภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังดังนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิตได้ซึ่งภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบบ่อยได้แก่ภาวะที่มีกรดคีโตนในกระแสเลือด

(Diabetic ketoacidosis) เป็นภาวะวิกฤติในผู้ป่วยเบาหวานโดยมีกลไกการเกิดคือการขาดอินซูลิน และมีกลูคาгонเพิ่มขึ้นทำให้มีการสร้างกรดไขมันอิสระมากขึ้นและเกิดการสลายไขมันทำให้ได้สารคีโตนซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดและเป็นพิษต่อร่างกายออกมาด้วยมีผลทำให้ร่างกายเกิดภาวะความเป็นกรดจากการเผาผลาญทำให้ตรวจพบสารคีโตนในเลือดและปัสสาวะผู้ป่วยจะมีการปัสสาวะบ่อยและจำนวนมากเนื่องจากการดื่มน้ำตามน้ำตาลออกพร้อมกับอาการคลื่นไส้อาเจียนริมฝีปากแห้งและกระหายน้ำจากการที่มีปัสสาวะออกมากทำให้สูญเสียน้ำนอกเซลล์มากจึงมีการดื่มน้ำในเซลล์ออกมาทำให้เซลล์ขาดน้ำกระตุ้นให้กระหายน้ำและดื่มน้ำมากตามมาในระยะต่อมาจะเกิดความดันโลหิตต่ำจากการไหลเวียนล้มเหลวผู้ป่วยจะซึมลงและไม่รู้สึกตัว (กอบชัย พัววิไล, 2546) ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงและเลือดข้น (Hyperosmolar hyperglycemic state) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้มากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักเป็นคนสูงอายุและเป็นหญิงมากกว่าผู้ชายเป็นภาวะที่มีอินซูลินไม่เพียงพอที่จะเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมากเกิดการขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะจึงมีการดื่มน้ำตามออกมาด้วยผู้ป่วยจะปัสสาวะบ่อยทำให้ร่างกายขาดน้ำไตทำงานลดลงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอีกเพราะถูกขับออกจากร่างกายไม่ได้ในระยะต่อมาจะทำให้ความดันโลหิตต่ำและภาวะการรับรู้ของผู้ป่วยจะลดลงในที่สุดอาจหมดสติได้ (กอบชัย พัววิไล, 2546)

2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดขึ้นกับหลอดเลือดใหญ่และหลอดเลือดเล็กเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและเกิดขึ้นกับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกายมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคและภาวะควบคุมโรคคือหากเป็นโรคนานและ/หรือมีการควบคุมโรคไม่ดีก็จะมีโรคแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดขึ้นมานอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานยังสามารถจำแนกออกได้ตามความผิดปกติระบบต่างๆของร่างกายดังต่อไปนี้ภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดขนาดเล็กเนื่องจากการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อในภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ความสามารถในการปลดปล่อยออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงสูงขึ้นฮีโมโกลบินจะมีความเหนียวแน่นในการจับกับออกซิเจนมากกว่าปกตินอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีระดับสารประกอบฟอสเฟตในเลือดต่ำได้ง่ายทำให้การสร้าง 2,3 ไดฟอสโฟกลีเซอเรตในเม็ดเลือดยากกว่าคนปกติเนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนเกิดการขยายของหลอดเลือดเพื่อชดเชยภาวะการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อถ้าไม่สามารถชดเชยภาวะดังกล่าวได้จะเกิดการโป่งพองของผนังหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microaneurysm) การอุดตันของหลอดเลือดฝอยและการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Neovascularization) ส่งผลหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่มีการสะสมของคอรัปทอลในผนังหลอดเลือดทำให้ผนังของหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้เกิดโรคสำคัญเช่นโรคความดันโลหิตสูงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงโรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ (วรภณวงศ์ ถาวรวัฒน์, 2546) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบประสาทเสื่อมหน้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในเส้นประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติ

ของแอกซอน (Axon) ต่อมาจึงมีความผิดปกติของชาวลเซลล์และการหลุดลอกของปลอกหุ้มมัยอีลินทำให้มีการอักเสบของเส้นประสาทส่วนปลายส่งผลให้การทำหน้าที่สื่อประสาทความเร็วประสาทลดลงการรับรู้สีกจึงเสียทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้าปวดแสบปวดร้อนเกิดขึ้นตามปลายมือปลายเท้าจากการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลได้ง่าย (Beare&Mayers, 1997; Kahn & Becker, 1995) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการเสื่อมของหน่วยไต (Nephropathy) ในผู้ป่วยเบาหวานภาวะดังกล่าวเกิดจากการที่มีการหนาตัวของผนังของหลอดเลือดฝอยส่วนนอกของโกลเมอรูลและโบว์แมนแคปซูลทำให้การไหลเวียนเลือดลดน้อยลงและมีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในผนังของโกลเมอรูลส่งผลให้ไตสูญเสียหน้าที่อัตราการกรองของไตจึงเพิ่มมากกว่าปกติ ทำให้มีการซึมผ่านของโปรตีนออกมากับปัสสาวะและต่อมาอัตราการกรองจะค่อยๆลดลงผู้ป่วยจะมีอาการบวมมีการคั่งของเสียและมีโปรตีนในเลือดต่ำจนในที่สุดเกิดภาวะไตวาย (DeFrongo, 1998) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับเสื่อมของจอตา (Retinopathy) จากการที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้กลูโคสจับฮีโมโกลบินส่งผลให้เม็ดเลือดแดงปล่อยออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อได้ช้าและกลูโคสยังถูกเปลี่ยนเป็นซอร์บิทอลเกิดการสะสมของซอร์บิทอลเข้าไปแทรกอยู่ในเลนส์ตาและเซลล์ประสาท (Beare&Mayers, 1997) เกิดความแตกต่างของความดันออสโมติก (Osmotic gradient) เลนส์จะดูดน้ำไว้จึงบวมและเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้นการเสื่อมของจอตาจากภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อหลอดเลือดเล็กๆที่จอตาทำให้มีการหนาตัวของเนื้อเยื่อหลอดเลือดจึงเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่จอตาทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงร่างกายจึงปรับตัวโดยพยายามสร้างหลอดเลือดใหม่ที่จอตา (Neovascularization) ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่บอบบางทำให้แตกได้ง่ายเกิดพังผืดที่จอตาทำให้สายตามัวลงจนเกิดตาบอดได้ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นเบาหวานมาประมาณ 15 ปีจะพบความผิดปกติที่จอตาให้ตาพร่ามัวได้ร้อยละ 2 และร้อยละ 10 พัฒนาเป็นบุคคลพิการทางสายตา (WHO, 2002; Klien, 1997) ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำเนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลีย (Polymorphonuclear) ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคไม่ดีโดยพบว่าการเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดไปยังบริเวณที่มีการติดเชื้อเป็นไปได้ไม่ดีความสามารถในการยึดติดกับผิวของส่วนที่มีการติดเชื้อลดลงการทำหน้าที่ในการจับกินและฆ่าเชื้อแบคทีเรียก็เสื่อมลงด้วย (วารณวงศ์ ถาวรวัฒน์, 2546) จากลักษณะทางพยาธิวิทยาและภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังของโรคเบาหวานแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการดูแลรักษาตนเองตลอดชีวิตเพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นอาการแสดงต่างๆในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเกินความสามารถของไต (ประมาณ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ที่จะดูดซึมกลูโคสได้หมดจะเริ่มมีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะซึ่งน้ำตาลจะดึงเอาน้ำและเกลือแร่ออกมาด้วย (Osmotic diuresis) ทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อย (Frequent urination) ปัสสาวะมาก (Polyuria) กระหายน้ำมาก (Increasedthirst) ทำให้ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) น้ำหนักลด (Weight loss) ซึ่งเกิดจากการที่มี

Lipolysis และการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อเนื่องจากผลการขาดอินซูลินนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการแสดงอื่นๆในรายที่เป็นโรคเบาหวานมานานแต่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน อาจมาด้วยอาการตามัว แผลหายช้าติดเชื้ทางเดินปัสสาวะติดเชื้ผิวหนังบ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเชื้อราคันบริเวณช่องคลอด เป็นต้น

2.1.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีดังนี้

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จุดมุ่งหมายของการดูแลรักษาคือการลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆการควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติน้ำหนักตัวไม่มากหรือน้อยเกินไปปราศจากอาการต่างๆของโรคเบาหวานและเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรยาวและมีความสุขการรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลดีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามหลักการรักษาดังต่อไปนี้ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สปสช., 2554)การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือยาฉีดอินซูลินการควบคุมอาหารร่วมด้วยเป็นสิ่งจำเป็นจะไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ดีถ้าไม่ควบคุมอาหารการควบคุมอาหารเป็นหัวใจของการรักษาเบาหวานโดยมีวัตถุประสงค์ของการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่ (ADA, 2011)

(1) เพื่อให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติเพื่อป้องกันหรือลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

(2) เพื่อให้ระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคทาง Macrovascular

(3) เพื่อให้ได้รับพลังงานเหมาะสมที่จะควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์

(4) เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกายช่วยให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสามารถดำรงชีวิตและทำงานต่างๆได้เช่นเดียวกับคนปกติ

(5) เพื่อให้อาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานทั้งชนิดฉับพลันเช่นภาวะน้ำตาลต่ำหรือภาวะน้ำตาลสูงหรือชนิดเรื้อรังเช่นเบาหวานที่เกิดจากความเสื่อมของจอตาเบาหวานที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไตเป็นต้นการจะควบคุมอาหารให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวผู้ป่วยควรพัฒนาความสามารถในการดัดแปลงและเลือกชนิดของอาหารให้เข้ากับวิถีชีวิตของตนซึ่งอาจต้องวางแผนร่วมกับครอบครัวในการปรุงแต่งอาหารให้เข้ากับโรคการควบคุมอาหารที่ถูกต้องคือรับประทานอาหารให้ครบทุกมื้อหมูในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายกิจกรรมและความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลโดยขนาดของร่างกายพิจารณาจากดัชนีมวลกายของร่างกาย(Body mass index) เป็นเกณฑ์การตัดสินผู้ที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 20-25 กิโลกรัม/เมตร 2 ผู้ที่มีค่าต่ำกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร 2 จัดว่าผอมและอ้วนตามลำดับ (ประสงค์

เทียนบุญ, 2540) โดยพลังงานที่ได้รับขึ้นอยู่กับกิจกรรมของผู้ป่วยแบ่งเป็นกิจกรรมน้อยกิจกรรมปานกลางกิจกรรมมากซึ่งร่างกายต้องการพลังงาน 25, 30 และ 40 แคลอรีต่อน้ำหนักร่างกาย 1 กิโลกรัม เรียงตามลำดับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นแบ่งเป็น 4 ประเภทได้แก่ (จิตติ สนับบุญและวิทยา ศรีตามา, 2543) อาหารที่ควรรับประทานหรือหลีกเลี่ยงเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงสู่เกณฑ์ปกติ ซึ่งแบ่งง่ายๆเป็น 3 ประเภท

(5.1) อาหารที่ห้ามรับประทานได้แก่อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสมเช่น ทองหยิบทองหยอดฝอยทองสังขยานมชั้นหวานน้ำเกลือบหรือน้ำผลไม้ น้ำอัดลมซึ่งถ้าต้องการดื่มควรดื่มประเภทที่ใส่น้ำตาลเทียมเช่นไดเอทโค้กเป๊ปซี่แมกซ์นมที่ควรดื่มคือนมจืดพร่องไขมัน

(5.2) อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนได้แก่ผักใบเขียวทุกชนิดเพราะมีสารอาหารต่ำและมีกากอาหารที่เรียกว่าไฟเบอร์ซึ่งทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลงและลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

(5.3) อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือกชนิดได้แก่อาหารจำพวกแป้งโดยจะต้องคำนึงถึงปริมาณไฟเบอร์และไกลซีมิกอินเดกซ์ (Glycemic index) อาหารที่มีไฟเบอร์สูงได้แก่ผักใบเขียวและผลไม้สำหรับไกลซีมิกอินเดกซ์เท่ากับ 100 แสดงว่าดูดซึมได้รวดเร็วเท่าอาหารมาตรฐานถ้าไกลซีมิกอินเดกซ์ต่ำกว่า 100 แสดงว่าดูดซึมได้ช้าและถ้าไกลซีมิกอินเดกซ์สูงกว่า 100 นั้นก็แสดงว่ามีการดูดซึมได้มากกว่าอาหารมาตรฐานอาหารที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานคืออาหารที่มีไกลซีมิกอินเดกซ์ต่ำเช่นกล้วยเตี๋ยวมะขามเทศส้มโอและผลไม้รสเปรี้ยวและอาหารที่มีไกลซีมิกอินเดกซ์สูงเช่น ข้าวเหนียวขนมปังขาวรวมทั้งผลไม้ที่มีไกลซีมิกอินเดกซ์สูงได้แก่ทุเรียนสับปะรดลำไยขนุนองุ่นส่วนผลไม้ที่มีค่าไกลซีมิกอินเดกซ์ต่ำได้แก่กล้วยส้มฝรั่งมะละกอซึ่งสามารถรับประทานได้เป็นประจำ

(5.4) อาหารที่ควรรับประทานหรือหลีกเลี่ยงเพื่อให้ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ต้องการต่อวันผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมเฉพาะระดับน้ำตาลโดยไม่ควบคุมไขมันในเลือดอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความผิดปกติของไขมันในเส้นเลือดคือมีไตรกรีเซอไรด์ในเลือดสูงมีเอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำรวมทั้งมีระดับโคเลสเตอรอลสูงผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับโคเรสเตอรอลต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรไตรกรีเซอไรด์ต่ำกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและเอชดีแอลโคเลสเตอรอลสูงกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรซึ่งการควบคุมไขมันในเลือดทำได้โดยการงดอาหารโคเลสเตอรอลสูงเช่นไข่แดงหอยนางรมสมองหมูปลาหมึกกุ้งและเครื่องในสัตว์เป็นต้นและลดอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันสัตว์หรืออาหารที่มีกะทิเป็นส่วนผสมใช้น้ำมันพืชที่ไม่ใช่น้ำมันปาล์ม

(5.5) อาหารที่ทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ น้ำหนักเกินมาตรฐานจึงควรแนะนำให้ลดน้ำหนักเพื่อให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้นซึ่งการลดน้ำหนักได้ 3 วิธีคือการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและการใช้ยาลดน้ำหนักการลดน้ำหนักนั้นควร

ปรับปรุงพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายมากกว่าจะใช้ยาโดยการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำแทนที่จะรับประทานที่มีแคลอรีสูงซึ่งได้แก่อาหารพวกไขมันอาหารที่มีน้ำตาลสูงน้ำตาลเป็นส่วนการออกกำลังกายเป็นส่วนเสริมในการลดน้ำหนักเนื่องจากต้องออกกำลังกายเพื่อให้เผาผลาญพลังงาน

(5.6) อาหารอื่นๆที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจรับประทานหรือไม่รับประทานก็ได้ การรับประทานอาหารโปรตีนซึ่งสามารถรับประทานได้เท่ากับคนปกติคือประมาณร้อยละ 15 เนื่องจากรับประทานอาหารโปรตีนมากขึ้นจะทำให้ได้รับไขมันและโคเลสเตอรอลสูงขึ้นสำหรับการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ถ้าดื่มในขนาดไม่มากเกินไปไม่สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นปริมาณที่เหมาะสมคือ 1 ส่วน (Exchange) ได้แก่เบียร์ 1 กระป๋อง (360 ซีซี) ไวน์ 2 แก้ว (แก้วละ 100 ซีซี) แต่ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรดื่ม นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงน้ำตาลที่ผ่านการแปรรูปปรับปรนอาหารตรงเวลา ทุกวันงดอาหารจุบจิบและงดสูบบุหรี่

2.1.2.1 การใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน

การใช้ยาผู้ป่วยต้องทราบฤทธิ์ของยาต่อการรักษาโรคเบาหวานรับประทานยาได้ถูกต้องทราบภาวะแทรกซ้อนของยาในกรณีที่รักษาโดยยาชนิดสามารถฉีดได้อย่างถูกวิธีและปลอดภัย การใช้ยาประเภทใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดและภาวะของโรคเบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยที่รักษาโดยยาชนิดรับประทานและยาชนิดฉีดในที่นี้จะต้องกล่าวทั้งยาชนิดรับประทานและยาชนิดฉีดยาชนิดรับประทานแบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ (อภิชาติ วิชญาณรัตน์, 2546)

1) กลุ่มกระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (Sulfonylurea) โดยออกฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์และช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ในระดับเนื้อเยื่อได้ดีขึ้นซึ่งยากกลุ่มนี้เช่นไกลเบนคลาไมด์หรือชื่อการค้าคือดาโอนิล (Daonil) คอลโพรพามาไมด์ (Chlorpropamide) หรือชื่อการค้าคือไดอะมินัสเป็นต้น อาการข้างเคียงของยาได้แก่มีผื่นตามผิวหนังคลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหารซีดตาเหลืองเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำแต่อาการข้างเคียงดังกล่าวพบได้ไม่บ่อย

2) กลุ่มมีฤทธิ์ลดการสร้างกลูโคสจากตับเพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ (Biquanide) โดยผ่านอินซูลินลดการดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหารยากกลุ่มนี้ได้แก่ Metformin ผู้ที่รับประทานยาแล้วอาจมีผลข้างเคียงได้แก่คลื่นไส้อาเจียนแน่นท้องท้องเสียดังนั้นจึงควรรับประทานหลังอาหารทันที

3) กลุ่มออกฤทธิ์โดยชะลอและลดการดูดซึมของอาหารคาร์โบไฮเดรตจากลำไส้เล็ก (Alpha-glucosidase inhibitors) มีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร (Postprandial blood glucose, PPBG) ยากกลุ่มนี้ได้แก่Acarbose (Gluobay) อาการข้างเคียงได้แก่คลื่นไส้อุจจาระเหลวและบ่อยท้องอืดผายลมบ่อย

4) กลุ่มออกฤทธิ์โดยกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากเซลล์เบต้าของตับอ่อน (Nonsulfonylurea insulin secretagogues) ยาจะออกฤทธิ์ได้เร็วและสั้นกว่าเหมาะที่จะใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเมื่อใช้ยาผู้ป่วยต้องสังเกตอาการตนเองเนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นน้ำตาลในเลือดต่ำตาพร่ามัวชั่วคราวคลื่นไส้ท้องเสีย

5) กลุ่ม Insulin sensitizing agents (Thiazolidinediones or Glitazones, TZD) ออกฤทธิ์โดยสามารถลดภาวะคืออินซูลินที่เนื้อเยื่อที่ออกฤทธิ์คือกล้ามเนื้อไขมันและที่ตับเนื่องจากสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือภาวะดื้ออินซูลินภาวะแทรกซ้อนที่ต้องระวังมากที่สุดคือการคั่งของสารน้ำอาการบวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตับอักเสบโลหิตจางโดยปกติถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานยา Metformin ได้แพทย์จะเลือกใช้ยา Metformin ก่อนเพราะปลอดภัยสูงราคาถูกอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สกัดจากตับอ่อนของวัวและหมูในปัจจุบันสามารถสังเคราะห์ฮอร์โมนอินซูลินของคนได้ออกฤทธิ์ช่วยให้ร่างกายใช้กลูโคสในเลือดได้ดีขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดจึงไม่สูงโดยทั่วไปสามารถจำแนกประเภทของอินซูลินตามระยะเวลาในการออกฤทธิ์ได้เป็น 3 ประเภทคือ

5.1) อินซูลินชนิดออกฤทธิ์เร็ว (Rapid-acting insulin) ออกฤทธิ์ภายใน 15-30 นาที หลังฉีดเข้าใต้ผิวหนังออกฤทธิ์สูงสุดที่ 30-90 นาทีออกฤทธิ์คงอยู่นาน 3-4 ชั่วโมงและสามารถใช้ฉีดทางเส้นเลือดดำได้

5.2) อินซูลินออกฤทธิ์เร็วและสั้น (Short acting insulin) เป็นอินซูลินชนิดใสที่เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 30-60 นาทีออกฤทธิ์สูงสุดที่ 2-3 ชั่วโมงและออกฤทธิ์ได้นาน 3-6 ชั่วโมงแนะนำให้ฉีดก่อนรับประทานอาหารประมาณครึ่งชั่วโมงอินซูลินชนิดนี้สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้

5.3) อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate-acting insulin) เป็นอินซูลินที่มีลักษณะขุ่นและไม่สามารถฉีดเข้าหลอดเลือดดำได้มี 2 ประเภทคือ NPH ออกฤทธิ์นานโดยเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 2-4 ชั่วโมงออกฤทธิ์สูงสุดที่ 6-10 ชั่วโมงและ Lente insulin มีระยะเวลาของการออกฤทธิ์ช้ากว่า NPH เล็กน้อยโดยเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 3-4 ชั่วโมงออกฤทธิ์สูงสุดที่ 6-12 ชั่วโมงและออกฤทธิ์ได้นาน 12-18 ชั่วโมง 5.4 อินซูลินชนิดออกฤทธิ์นาน (Long-acting insulin) เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 6-10 ชั่วโมงหลังฉีดเข้าใต้ผิวหนังออกฤทธิ์สูงสุดที่ 6-10 ชั่วโมงและออกฤทธิ์สูงสุดที่ 10-16 ชั่วโมง และออกฤทธิ์ได้นาน 18-20 ชั่วโมง (พงศอมร บุนนาค, 2546)

2.1.2.3 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคเบาหวานช่วยให้ดีขึ้นทั้งหน้าที่ของระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบการหายใจการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ความไวของอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้นและลดจำนวนไขมันที่เกาะตามร่างกายทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาวการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพราะเป็นการออกแรงโดยอาศัยพลังงานที่เผาผลาญโดยใช้ออกซิเจน

(Oxidative phosphorylation) ทำให้กล้ามเนื้อหลายกลุ่มมีการยืดหยุ่นและหดตัวสัมพันธ์กันเป็นระยะเวลานานพอเมื่อน้ำตาลถูกดึงไปที่กล้ามเนื้อร่างกายจะพยุกระดับน้ำตาลในเลือดไว้ให้เพียงพอที่จะส่งไปให้กล้ามเนื้อตามความต้องการรวมทั้งสมองหัวใจและอวัยวะอื่นๆด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่นิยมได้แก่การเดินการวิ่งเหยาะๆเล่นกีฬาเป็นต้นระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายอยู่ในช่วง 20-45 นาทีและควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้งสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือก่อนให้ผู้ป่วยเริ่มโปรแกรมออกกำลังกายผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการประเมินสมรรถภาพของร่างกายและโรคประจำตัวที่มีอยู่ด้วยการซักประวัติตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เหมาะสมควรประเมินภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular) และหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular) เพราะภาวะเหล่านี้จะเป็นมากขึ้น

หลังการออกกำลังกายเพื่อประโยชน์ในการออกแบบและปรับโปรแกรมออกกำลังกายให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและเพื่อลดความเสี่ยงให้เกิดน้อยที่สุด (วราภณวงศ์ ถาวรวัฒน์, 2546, ADA, 2011) ก่อนออกกำลังกายควรมีการอุ่นเครื่อง (Warm – up) และผ่อนคลาย (Cool-down) โดยการอุ่นเครื่องทำท่ากายบริหารง่ายๆใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีหลังออกกำลังกายเสร็จไม่ควรหยุดพักทันทีเช่นถ้าเป็นการวิ่งควรลดมาเป็นการเดินขณะออกกำลังกายผู้ป่วยควรระมัดระวังการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะที่เท้าควรระมัดระวังเป็นพิเศษเลือกรองเท้าให้เหมาะสมกับเท้าเวลาที่เริ่มออกกำลังกายไม่ควรเป็นเวลาที่ท้องว่างควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังออกกำลังกายมีการเตรียมท็อฟฟีหรือน้ำหวานไว้ให้พร้อมในกรณีที่เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำในการออกกำลังกายผู้ป่วยควรจำอาการผิดปกติต่างๆไว้และรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อประโยชน์ในการปรับการรักษาที่สำคัญในการออกกำลังกายคือตัวผู้ป่วยเองต้องมีความรู้เกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง (ADA, 2011) การดูแลตนเองผู้ป่วยต้องเรียนรู้การประเมินอาการแสดงของตนเองที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำรวมทั้งติดตามผลการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเมื่อมาพบแพทย์ค่าปกติคือ 80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร(อภิชาติวิช ญาณรัตน์, 2546) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจเกิดจากการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากเกินไปการได้รับอาหารไม่เพียงพอจากความเจ็บป่วยและการมีกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากเกินไปซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความจำเป็นต้องเรียนรู้การแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและช่วยเหลือตนเองหรือของความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้โดยส่วนใหญ่จะมีการใจสั่งเหงื่อออกอ่อนเพลียปวดศีรษะกระสับกระส่ายไม่รู้สีกตัวเมื่อรู้สึกว่าการกำลังมีอาการควรรับประทานอาหารที่ดูดซึมง่ายทันทีเช่นน้ำหวานน้ำตาลก้อนลูกอม เป็นต้นภาวะน้ำตาลในเลือดสูงสาเหตุอาจเกิดจากการขาดยาการรับประทานอาหารมากเกินไปขาดการออกกำลังกายมีภาวะเครียดมีการติดเชื้อโดยจะมีอาการกระหายน้ำปัสสาวะมากและบ่อยตอน

กลางคืนวิธีแก้ไขคือดื่มน้ำเปล่ามากๆอย่างน้อยเท่ากับปริมาณที่ปัสสาวะออกมาและถ้าหากลิ้มรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรรีบไปพบแพทย์

2.1.2.4 การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยทั่วไป

การรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าปกติ ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อต่างๆได้ง่ายเช่น เชื้อราตามซอกอับต่างๆ การติดเชื้อ Staphylococcus ตามผิวหนังแผลและการอักเสบของเท้า เป็นต้น ในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีปัญหานี้จะเกิดขึ้นได้ง่ายและในทางกลับกันเมื่อมีปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้น ภาวะการควบคุมโรคจะยิ่งเลวลง ดังนั้นผู้ป่วยควรมีการดูแลสุขภาพอนามัยดังนี้ (เทพหิมะ ทองคำและคณะ, 2552)

1) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะตามซอกอับขึ้นของร่างกายเช่น ใต้ราวนมรักแร้และขาหนีบโดยหลังอาบน้ำต้องเช็ดตัวให้แห้งถ้ามีการอักเสบของผิวหนังผื่นคันผิวหนังควรรีบปรึกษาแพทย์

2) ดูแลรักษาความสะอาดของฟันและช่องปากโดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันและช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและเมื่อมีปัญหาช่องปากเช่น ฟันผุเหงือกอักเสบมีกลิ่นปาก เป็นต้น

3) ดูแลสุขภาพตาโรคเบาหวานอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางตาได้ง่ายทั้งต่อกระจกและการเสื่อมของจอรับภาพตาจึงควรเช็คกับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง

4) นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

5) หลีกเลี่ยงลดเลิกการสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้ยาเสพติดหรือกระตุ้นประสาท 6) ดูแลตนเองเมื่อเกิดบาดแผลควรรักษาแผลให้สะอาดแผลสดควรทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุกที่ทิ้งไว้จนเย็นซับให้แห้งทายาฆ่าเชื้อโรคที่ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อเช่น น้ำยาเบตาดีน ถ้าแผลอักเสบมากควรไปพบแพทย์

2.1.2.4 ดูแลรักษาเท้า

เท้าเป็นอวัยวะที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษอีกส่วนหนึ่งเพราะเป็นส่วนที่เกิดแผลได้ง่ายผู้ป่วยเบาหวานจำนวนไม่น้อยต้องถูกตัดขาไปเนื่องจากปัญหานี้ การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเป็นสิ่งสำคัญผู้ป่วยควรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเท้าเป็นพิเศษและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอควบคู่ไปกับการดูแลตนเองในด้านอื่นๆโดยปฏิบัติดังนี้ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544)

1) ตรวจดูสิ่งต่างๆของเท้าอย่างละเอียดทุกวันโดยเฉพาะตามซอกนิ้วเท้าฝ่าเท้าบริเวณที่เป็นจุดรับน้ำหนักบริเวณรอบเล็บเท้าเพื่อดูว่ามีรอยขีดบาดแผลหรือการอักเสบหรือไม่ การตรวจควรใช้กระจกช่วยส่องบริเวณฝ่าเท้าจะช่วยให้ง่ายมองเห็นบริเวณฝ่าเท้าและซอกนิ้วได้ดีขึ้น

2) ทำความสะอาดเท้าและซอกนิ้วเท้าด้วยสบู่อ่อนล้างและซับให้แห้งไม่ควรใช้ หินขัดหรือแปรงที่มีขนแข็งขัดเท้าตรวจดูส่วนต่างๆของเท้าอย่างละเอียดทุกวันว่ามีบาดแผลตุ่มพอง รอยข้ำรอยแดงรอยแตกหรือไม่

3) สวมรองเท้าทุกครั้งเวลาออกนอกบ้านเลือกรองเท้าที่มีขนาดพอดีมีการ ระบายอากาศเพียงพอไม่ควรสวมรองเท้าที่มีสันสูงเกิน 1 นิ้วเพราะทำให้น้ำหนักกดลงบริเวณเท้าส่วน หน้ามากเกินไปเมื่อใช้รองเท้าคู่มือควรสวมวันละ 2 ชั่วโมงต่อวันในสัปดาห์แรกและ 4 ชั่วโมงต่อวันใน สัปดาห์ที่ 2 สลับกับคู่อื่นเพื่อให้รองเท้าใหม่ขยายตัวป้องกันรองเท้ากัดการซื้อรองเท้าใหม่ควรซื้อ ในช่วงบ่ายหรือเย็นเพราะในช่วงบ่ายเท้าจะขยายตัวมากกว่าในช่วงเช้ามืดก่อนสวมรองเท้าควรตรวจดู ภายในรองเท้าก่อนว่ามีเศษวัสดุเช่นหินกระดุมเมล็ดผลไม้อยู่ในรองเท้าหรือไม่

4) ตัดเล็บเท้าตรงๆให้ห่างจากผิวหนังพอสมควรเพื่อป้องกันการเกิดเล็บขบและไม่ ควรแคะซอกเล็บหรือดึงหนังแข็งที่เท้าออกเพราะทำให้เกิดบาดแผลและติดเชื้อได้ควรตัดเล็บหลัง อาบน้ำใหม่ๆเพราะเล็บจะอ่อนทำให้ตัดง่ายถ้าสายตาไม่มีควรให้ผู้อื่นตัดเล็บให้

5) หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้างหรือนั่งพับเพียบเพราะทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี

6) ระวังระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดกับเท้าเช่นการถูกของแหลมตำเท้าการถูกของ ร้อนจัดทำให้เป็นแผลไหม้พองเป็นต้นผู้ป่วยที่รู้สึกเท้าชาไม่ควรวางกระเป๋าน้ำร้อนที่เท้าเพราะไม่ช่วย ให้อาการดีขึ้นแต่อาจเกิดแผลไหม้พองได้ถ้าตรวจพบบาดแผลขนาดใหญ่หรือลึกมีการอักเสบควรไปพบ แพทย์ไม่ควรใช้ทั้งเจอร์โอโอตินยาแดงยาเหลืองใส่แผลเพราะจะทำให้ลายชั้นผิวหนังได้

7) ถ้าผิวหนังเกินไปควรทาโลชั่นเพื่อป้องกันส้นเท้าแตกโดยเว้นตามซอกนิ้วเท้า เพราะจะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคได้

8) บริหารเท้าวันละ 15 นาทีเป็นอย่างน้อยจะช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปที่ขา และเท้าดีขึ้นโดยยืนตรงเขย่งส้นเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้างนับ 1 2 3 แล้ววางส้นเท้าราบลงหรือนั่งให้เท้าลอย จากพื้นแล้วบิดข้อเท้าให้ปลายเท้าชี้ขึ้นไปทางซ้ายและขวาสลับกันไปมาและหมุนปลายเท้าเป็นวง

9) สวมถุงเท้าเพื่อช่วยให้เท้าอบอุ่นโดยเฉพาะเวลากลางคืนควรเลือกถุงเท้าที่มี การระบายอากาศและซับเหงื่อได้ดีถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้ายจะดีกว่าถุงเท้าที่ทำจากใยสังเคราะห์

10) ปรีกษาแพทย์ทันทีเมื่อมีความผิดปกติที่เท้าเช่นบาดแผลเล็บขบติดเชื้อรา ปวดกล้ามเนื้อที่น่องหรือส้นเท้าเป็นต้น

2.1.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

ผลกระทบการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานต่อบุคคลครอบครัวและชุมชน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ดวงฤดี ลาสุชะและกนกพร สุคำว้าง, 2548) สรุปได้ดังนี้

2.1.2.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อตัวผู้ป่วยเป็นผลกระทบโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆจากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถาวรทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลงหรือต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือมีความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารที่พบมากคือภาวะทุพโภชนาการภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามีความผิดปกติของระบบขับถ่ายมีปัญหาการพักผ่อนไม่เพียงพอมีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นผลมาจากการรักษาและความเครียดจากภาวะดังกล่าวทำให้ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพลดลงจากภาวะเรื้อรังของความเจ็บป่วยที่ยาวนานเป็นเดือนเป็นปีหรือตลอดชีวิตไม่หายขาดต้องเข้าโรงพยาบาลอยู่เสมอมจากความไม่สุขสบายและปัจจัยต่างๆทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดลงผู้ป่วยอาจหมดกำลังใจรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจขาดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาทำให้เกิดภาวะเครียดบางรายซึมเศร้ากังวลโกรธ รู้สึกผิดหรือคิดฆ่าตัวตายหรือแยกตัวออกจากสังคม (Social Isolation) ขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคม อาจจะเป็นปัจจัยต่างๆเช่นวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปรู้สึกด้อยกว่าคนอื่นต้องพึ่งพาคนอื่นถูกกีดกันทางสังคมหรือค่านิยมทางสังคมรวมถึงบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงทั้งเรื่องเพศครอบครัวและอาชีพ

2.1.2.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัวปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจที่ผู้ป่วยต้องรักษาตัวทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นถูกมองว่าเป็นภาระของครอบครัวเกิดความยุ่งยากในครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียดขาดการดูแลตนเองพักผ่อนไม่เพียงพอสัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลงเป็นสาเหตุของความขัดแย้งในครอบครัวความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวลดลง

2.1.2.3 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานต่อชุมชนการเจ็บป่วยเรื้อรังนอกจากส่งผลต่อตนเองและครอบครัวแล้วยังส่งกระทบต่อต่อเศรษฐกิจโดยรวมของชาติที่จะต้องให้การดูแลรักษาภาวะเรื้อรังและทุพพลภาพซึ่งต้องดูแลและฟื้นฟูตลอดชีวิตทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการจัดบริการที่เหมาะสมกับสถานการณ์เจ็บป่วยการทำหน้าที่ทางสังคมต้องสูญเสียไปเกิดความยุ่งยากซับซ้อนในครอบครัวครอบครัวไม่มีความสุขทำให้ชุมชนขาดความมั่นคง

2.1.3 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรเริ่มต้นจากการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดำเนินของโรคให้ชัดเจนเพราะโรคเรื้อรังแต่ละโรคอาจมีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนกันเนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องดังนั้นการดูแลจึงควรเน้นถึงการป้องกันและการจัดการเกี่ยวกับอาการของโรครวมทั้งการดูแลตนเองการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมเน้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติให้สามารถจัดการการดูแลและเป็นผู้นำการดูแลสุขภาพได้ทั้งด้านการป้องกันการส่งเสริมสุขภาพการติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรคเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพและสังคมมากกว่าหนึ่งปัญหาซึ่งสาเหตุหรือกลไกที่ทำให้เกิดปัญหาอาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคหรือการ

เปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมของอวัยวะตามอายุที่สูงขึ้นการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องและการติดตามเฝ้าระวังปัญหาทั้งหมดโดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางในการดูแลสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมมีความเข้าใจต่อโรคที่เกิดขึ้นการดำเนินของโรคและความเสื่อมที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552) ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนสามารถจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้โดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Care) ผสมผสานกับความรู้ทางวิชาการและการพัฒนาทักษะที่จำเป็น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) โดยกระบวนการพยาบาลที่บ้านสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

2.1.3.1 การประเมินผู้ป่วยเบาหวาน (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการที่มุ่งเน้นการบริการแบบองค์รวมโดยการประเมินด้านร่างกายการประเมินด้านจิตใจการประเมินทางสังคมแหล่งประโยชน์และการดูแลในครอบครัวและการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2552) ดังนี้

1) การประเมินด้านร่างกายโดยการสัมภาษณ์การสังเกตการตรวจร่างกายการสัมภาษณ์จากผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันการเจ็บป่วยในอดีตพฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการตรวจร่างกาย

2.) การประเมินด้านจิตใจเป็นการประเมินเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต

3) การประเมินทางสังคมแหล่งประโยชน์และการดูแลในครอบครัวประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญดังนี้

3.1) การประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุลักษณะของบ้านชั้นเดียวหรือสองชั้นบันไดราวจับห้องน้ำหรือเตียงนอน

3.2) การประเมินลักษณะความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ความจำเป็นที่จะต้องมียาผู้ดูแลผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวบทบาทในครอบครัวภาระต้องดูแลหรือความรับผิดชอบ

4) การประเมินการสนับสนุนทางสังคมเช่นการได้รับการช่วยเหลือเรื่องเงินทุนสวัสดิการวัสดุสิ่งของจากใคร่อย่างไรการได้รับการช่วยเหลือระดับประคองทางด้านจิตใจการได้รับข้อมูลข่าวสารการเป็นสมาชิกชมรมกลุ่มต่างๆหรือการทำกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน

5) การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่เป็นการประเมินการทำหน้าที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งเป็น 3 หมวดดังต่อไปนี้

6) การทำหน้าที่ด้านร่างกายเป็นการประเมินและตรวจร่างกายการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activity of Daily Living-ADL) และการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นสูงหรือซับซ้อน (Advance Activity of Daily Living-AADL)

7) การทำหน้าที่ด้านจิตใจการรับรู้การคิดและสติปัญญาโดยใช้แบบทดสอบสมองในผู้ป่วยเบาหวานและสุขภาพจิตฉบับภาษาไทยเป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

8) การทำหน้าที่ทางสังคมโดยการประเมินจากบทบาทของผู้ป่วยเบาหวานในการสมาชิกขององค์กรต่างๆในชุมชนการมีส่วนร่วมอาสาสมัครการบริจาคการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน เป็นต้น

2.1.3.4 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆที่รวบรวมได้ซึ่งต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ร่วมกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการจัดหรือแยกประเภทข้อมูลให้เพื่อแปลความและสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับความต้องการปัญหาความเกี่ยวข้องและปฏิกิริยาตอบสนองในด้านบุคคลการวินิจฉัยการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญของกระบวนการพยาบาลช่วยให้เห็นสภาพการณ์ของผู้ป่วยในเชิงสุขภาพพยาบาลจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลต่อไป (วัลยา ตันตโยทัยและสมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

1.2.3.5 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

การกำหนดยุทธวิธีในการป้องกันลดหรือแก้ปัญหาซึ่งกำหนดในการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลีมอานวยลาภ และวิพร เสนารักษ์, 2537)

- 1) การกำหนดปัญหาจากการวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญก่อนและหลัง
- 2) กำหนดเกณฑ์ประเมินที่บอกพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งคาดว่าจะได้รับการแก้ไขลดหรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น
- 3) กำหนดกิจกรรมการพยาบาลซึ่งคาดหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กำหนด
- 4) บันทึกการวินิจฉัยการพยาบาลการเปลี่ยนแปลงตามที่คาดหวังและกิจกรรมตามแบบฟอร์มที่กำหนดในแผนการพยาบาล

2.1.3.6 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

เป็นการทำกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดในแผนการพยาบาลซึ่งคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่ภาวะสุขภาพในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลจะมีการสื่อสาร

แผนการพยาบาล ของผู้ป่วยโดยการอภิปรายร่วมกันในทีมการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาลอาจจะทำด้วยตัวพยาบาลเองให้ผู้ป่วยหรือให้ครอบครัวเป็นผู้กระทำตามความเหมาะสมของสถานการณ์โดยยึดแผนการพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติพยาบาลจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อมภายหลังได้รับการพยาบาลและบันทึกในรายงานการพยาบาลซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการนำไปปฏิบัติและประสิทธิผลของแผนการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (วัลยา ตันตโยทัยและสมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

2.1.3.7 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลที่บอกได้ว่าเป้าหมายการดูแลซึ่งกำหนดในแผนการพยาบาลบรรลุความสำเร็จเพียงใดพยาบาลจะประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ทบทวนการพยาบาลและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (ฟาริดา อับราฮิม, 2546)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการคิดและการปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความสัมพันธ์กันตั้งแต่การประเมินโดยการจำแนกปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมดและการรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยปัญหาจากการวิเคราะห์การสังเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนโดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการตั้งเป้าหมายทางการพยาบาลและเลือกวิธีการเพื่อนำไปสู่การลงมือปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลซึ่งในทางปฏิบัติสามารถปฏิบัติหลายขั้นตอนพร้อมๆกันได้ซึ่งสามารถประยุกต์แนวคิดของกระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่อาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจัดกระบวนการเสริมสร้างความรู้ความมั่นใจผ่านการทดลองฝึกปฏิบัติจนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2.1 อาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกอบวิชาชีพในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพ.ศ. 2539 ข้อ 15 ได้ให้ความหมายไว้ว่าอาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านมีความสมัครใจและได้รับประกาศนียบัตรรองรับความรู้ความสามารถและยังได้รับการแต่งตั้งให้เป็นอาสาศัมครสาธารณสุขโดยมีบทบาทสำคัญในฐานะนักสื่อสารสุขภาพในชุมชนผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change Agents) การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นในหมู่บ้านประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพการเฝ้าระวังและป้องกันโรคการช่วยเหลือรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้อาสาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดการปฐมพยาบาลเบื้องต้นการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการจัดกิจกรรมและการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านและชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง, 2552)

2.2.1.1 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชาชนผู้มีสิทธิในการสมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง, 2552)

- 1) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มบ้านให้การยอมรับและนับถือ
- 2) สมัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 3) มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน
- 4) จบการศึกษาภาคบังคับ
- 5) เป็นตัวอย่างที่ดีในการพัฒนาสุขภาพ
- 6) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐกำนันผู้ใหญ่บ้านภิกษุหรือแพทย์

ประจำตำบล

- 7) มีความพร้อมที่จะรับการพัฒนา

2.2.1.2 การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ใช้ระบบวิธีทางประชาธิปไตยดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยมีแนวทางดังนี้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2552)

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับเจ้าพนักงานท้องถิ่นจัดประชุมกรรมการหมู่บ้านกรรมการชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนและบทบาทหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนแล้วมอบหมายให้กรรมการหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 2) แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้านคุ้มละ 10-15 หลังคาเรือน

3) ให้ชาวบ้านในละแวกบ้านนั้นเสนอชื่อบุคคลที่เหมาะสมตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4) คณะกรรมการตรวจสอบความสมัครใจของบุคคลนั้นในกรณีที่ได้รับการเสนอชื่อและสมัครใจเกินกว่า 1 คนให้คณะกรรมการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุดดังกล่าวลงมติเลือกโดยใช้เสียงส่วนใหญ่

2.2.1.3 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนได้รับการฝึกอบรมความรู้ตามมาตรฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพ.ศ.2550 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) โดยมีจุดหมายดังนี้

1) เพื่อผลิตและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ทักษะและ ประสบการณ์ตามมาตรฐานซึ่งสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปปฏิบัติงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพสร้างสรรค์ความเจริญต่อชุมชนท้องถิ่นและประเทศชาติ

3) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบุคลิกภาพมีมนุษยสัมพันธ์มี คุณธรรมและวินัยในตนเองมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

4) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักและมีส่วนร่วมในการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนและท้องถิ่นมีความรักท้องถิ่นสำนึกในความเป็นไทย และเสียสละโครงสร้างหลักสูตรตามมาตรฐานการฝึกอบรมแบ่งเป็น 2 หมวดคือหมวดวิชาหลักและ วิชาเลือก (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2550) ตามรายละเอียดดังนี้

4.1) หมวดวิชาหลักประกอบด้วยวิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบ สุขภาพภาคประชาชนเน้นแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชนซึ่งมี 3 องค์ประกอบที่สำคัญคือ องค์ความรู้และทุนในการพัฒนาวิชาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความเป็นมาบทบาทหน้าที่สิทธิประโยชน์คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีเนื้อหาเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคสิทธิหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลักประกันสุขภาพและมาตรการทางสังคมวิชาสุขภาพดีชีวิที่มีสุขซึ่งอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ แนวโน้มสุขภาพของคนไทยรวมถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ส่วนวิชาการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นให้มีความรู้และมีความสามารถปฏิบัติทักษะในเรื่องการปฐม พยาบาลการรักษาพยาบาลเบื้องต้นการวัดและคัดกรองผู้ป่วยการใช้ยาสามัญประจำบ้านและการใช้ยา ตามการรักษาของแพทย์วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐานมีเนื้อหาเกี่ยวกับการถ่ายทอดความรู้ และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารวิชาการการจัดทำแผนงาน/โครงการของชุมชนและวิชาการบริหาร จัดการซึ่งได้อธิบายหลักการและขั้นตอนของการจัดทำข้อมูลชุมชนการค้นหาและการวิเคราะห์ปัญหา ของชุมชนการจัดทำแผน/ โครงการรวมถึงบทบาทหน้าที่ของบุคคลในการจัดทำแผน

4.2) หมวดวิชาเลือกเป็นวิชาการเฝ้าระวังควบคุมการสนับสนุนการ รักษาการป้องกันโรคติดต่อและปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่เช่นโรคเอดส์วัณโรคโรคไข้หวัด นกไข้หวัดใหญ่ไข้เลือดออก ฯลฯ และวิชาเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัญหา สาธารณสุขของพื้นที่เช่นโรคความดันโลหิตสูงเบาหวานโรคหัวใจโรคมะเร็งการดูแลสุขภาพที่บ้านการ ดูแลผู้สูงอายุ ฯลฯ จะเห็นได้ว่าหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลักสูตรที่

เน้นแนวคิดความรู้และหลักการอย่างกว้างๆเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างภาคภูมิใจไม่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มเป้าหมายใดหรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งซึ่งถ้ามีการพัฒนาต่อยอดความรู้และทักษะเดิมที่ได้รับการพัฒนามาแล้วและเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นเฉพาะด้านจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่

2.2.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านชุมชนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนและเป็นตัวอย่างที่ดีโดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2552)

2.2.2.1 เป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ชี้แนะและแนะนำการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้านโดยการนัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุขแจ้งข่าวสารสาธารณสุขเช่นการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่นตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุขและแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบพร้อมทั้งการจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2.2.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆเช่นการใช้สถานบริการสาธารณสุขการใช้การรักษาอนามัยของร่างกายการให้ภูมิคุ้มกันโรคการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมการจัดหาน้ำสะอาดโภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่นการอนามัยแม่และเด็กการวางแผนครอบครัวการดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเห็บกิ้งและฟันการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยการคุ้มครองผู้บริโภคการจัดหายาจำเป็นไว้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทยฯ

2.2.2.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนได้แก่การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วจ่ายยารักษาพยาบาลเบื้องต้นการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเช่นทำความสะอาดแผลสดกระดูกหักข้อเคลื่อนฯ

2.2.2.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการได้แก่จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้านถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชนให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานได้แก่การให้สุขศึกษาโดยให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่างๆการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กและผู้ใหญ่การอนามัยแม่และเด็กการวางแผน

ครอบครัวการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อการจัดหาน้ำสะอาดและกำจัดขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูลการรักษาพยาบาลเบื้องต้นจัดหา ยาที่จำเป็นไว้ในชุมชนให้ความรู้ด้านทันตสาธารณสุขสุขภาพจิตและยาเสพติดการป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อการคุ้มครองผู้บริโภคการป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็น ภัยรวมถึง การป้องกันและควบคุมโรค

2.2.2.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านเช่นเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้านอาหารและขาดธาตุไอโอดีนเฝ้าระวังด้าน ออนามัยแม่และเด็กโดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์และมาตรวจตามนัดเฝ้าระวังด้านสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อ ประจำถิ่นโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

2.2.2.6 เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนใช้งบประมาณ หมวดยอดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่นๆ

2.2.2.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของ ชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการ พัฒนาสังคมด้านต่างๆ

2.2.2.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำใน การประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและ ดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.2.2.9 ลงชื่อการปฏิบัติงานและกิจกรรมทุกครั้งเพื่อเป็นหลักฐานโดยมีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้ตรวจสอบและรับรอง

2.2.2.10 รายงานผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น ประจำทุกเดือนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรองผลการดำเนินงานในฐานะผู้สนับสนุนด้านวิชาการและ พัฒนาศักยภาพและเสนอต่อหน่วยงานจากสถานการณ์ของสังคมไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแนวโน้ม ของภาวะสุขภาพจึงเปลี่ยนไปเป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและเป็นภาวะเรื้อรังที่จะต้องได้รับ การดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องโดยผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนรวมถึงบริการด้านสุขภาพของรัฐ หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านผู้ซึ่งได้รับการฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเป็น งานหนึ่งของงานสุขภาพจิตและการป้องกันอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้วัย จึงกำหนดบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการให้ความรู้ ในเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการ ตรวจสุขภาพและการให้บริการตรวจวัดความดันโลหิตการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดการส่งต่อและ

การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2552) การเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ความมั่นใจมากขึ้นจะทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานและบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตลอดจนการได้รับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานการควบคุมและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและทักษะการปฏิบัติขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการทางการพยาบาลจึงสามารถสรุปเป็นขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดังนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการซักถามการตรวจร่างกายซึ่งจะต้องครอบคลุมทั้งสภาพร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมดังนี้

1.1) การประเมินภาวะด้านสุขภาพโดยการสัมภาษณ์การสังเกตการตรวจร่างกายซึ่งอาจสัมภาษณ์จากผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปประวัติการเจ็บป่วยพฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการตรวจร่างกายโดยการวัดความดันโลหิตการจับชีพจรการนับหายใจการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงวัดรอบเอวและประเมินดัชนีมวลกายการประเมินกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activity of Daily Living-ADL) และการประเมินกิจกรรมประจำวันขั้นสูงหรือซับซ้อน (Advance Activity of Daily Living-AADL)

1.2) การประเมินทางสังคมแหล่งประโยชน์และการดูแลในครอบครัวโดยการประเมินจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเบาหวาน ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายของผู้ป่วยเบาหวาน

2) การกำหนดปัญหาเป็นการนำข้อมูลจากการรวบรวมจากการประเมินในข้อที่ 1 มาสรุปเป็นประเด็นปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน

3) การวางแผนการดูแลเป็นการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมที่จะต้องกระทำให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยแบ่งเป็น 3 ระดับของการดูแลดังต่อไปนี้

3.1) การส่งต่อในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือภาวะเสี่ยงสูงที่จะส่งผลอันตรายต่อสุขภาพเช่นผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท

3.2) การปรึกษาทางโทรศัพท์กรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการตัดสินใจเพื่อการวางแผนการดูแล

3.3) การวางแผนการดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้และประเมินไม่พบภาวะฉุกเฉินหรือภาวะเสี่ยงสูง

4) การดูแลผู้ป่วยเป็นการนำแผนการดูแลไปประยุกต์กับผู้ป่วยให้เหมาะสมในแต่ละรายตามขั้นตอนดังนี้

4.1) การบันทึกการดูแลบันทึกการปฏิบัติและการประเมินสภาพผู้ป่วยเช่น การวัดสัญญาณชีพการเจาะเลือดตรวจเบาหวานฯลฯ

4.2) การปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเพื่อแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

4.3) แนะนำการดูแลสุขภาพในประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ในการดูแลแต่ละครั้ง

5) การประเมินผลการดูแลเป็นการประเมินผลอย่างต่อเนื่องในทุกปัญหาและทุกขั้นตอนเพื่อนำผลไปปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสมจากขั้นตอนของการปฏิบัติดังกล่าวทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างมีระบบเป็นขั้นตอนซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างต่อเนื่องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังสามารถติดตามประเมินผลได้อย่างต่อเนื่องและตรงกับความจำเป็นจริงเนื่องจากเป็นผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในละแวกรับผิดชอบในพื้นที่จึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสู่ระบบการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลได้

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Model)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง (Active Participation) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างผู้เรียนให้ผู้เรียนระบุปัญหาของตนเองวิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณการมองภาพสังคมที่ควรจะเป็นและการพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการการจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการนับถือตนเองมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นในแต่ละบุคคล (ภาวนา กิริยติวงษ์, 2537)

2.3.1 วิวัฒนาการ

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้เริ่มต้นมาจากแนวคิดของเปาโลเฟร์ (Paulo Freire) นักศึกษาชาวบราซิลในช่วงปีค.ศ. 1960-1970 เฟร์ได้ทำการสอนให้ประชาชนอ่านและเขียนหนังสือได้ด้วยการให้ผู้เรียนร่วมกันอภิปรายในประเด็นปัญหาที่เขาเหล่านั้นประสบอยู่และมีความสนใจวิธีการดังกล่าวนอกจากทำให้บุคคลได้เรียนรู้วิธีการพูดการอ่านการเขียนแล้วยังช่วยให้บุคคลได้เข้าใจปัญหาเห็นความสามารถของตนเองมองเห็นความเป็นไปได้ในการร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคซึ่งจะนำไปสู่การกระทำร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงชุมชนและสังคมที่ตนอยู่ให้ดีขึ้นการศึกษานี้

สวนทางกับการศึกษาในยุคนี้ที่จัดการเรียนการสอนไม่ตรงกับประสบการณ์และความสนใจของผู้เรียนและวิธีการสอนที่เน้นการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปยังผู้เรียนโดยการขาดการฝึกให้ผู้เรียนรู้จักคิดและใช้วิจารณ์ญาณและการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนจึงเป็นการไม่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนและสังคมที่ตนเองอยู่แฟร์จึงเน้นความสำคัญของการศึกษาในการทำให้ตนเองค้นพบว่ามีรู้ความสามารถที่มีต่ออิทธิพลต่าง ๆ และสามารถควบคุมอนาคตของตนเองตลอดจนการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงสังคมได้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นทั้งกระบวนการ (Process) และเป็นเป้าหมายสุดท้าย (Goal) ในการพัฒนาสุขภาพพบว่าได้นำบูรณาการเพื่อการสร้างพลังมาใช้ในการฝึกอบรมให้บุคคลและกลุ่มมีพลัง (Empowerment) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชนในขณะเดียวกันก็ให้มีความสามารถดูแลและกำหนดสุขภาพตนเองได้องค์การอนามัยโลก (ภาวนา กิริยุดิวงษ์, 2537; อ้างอิงจาก WHO, 1991) ได้ระบุว่า “เป้าหมายสุดท้ายของกลวิธีการดูแลตนเองคือการสร้างพลังให้ประชาชนสามารถกำหนดหรือจัดการกับสุขภาพของตนเองได้” แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงได้มีการนำมาใช้ได้ทั้งในสถานพยาบาลโรงเรียนและชุมชนโดยเฉพาะมีมากในโครงการด้านสุขภาพในชุมชนและโรงเรียนบางสาขานับการสร้างพลังเฉพาะบุคคลซึ่งแนวคิดนั้นจะไม่ครอบคลุมแนวคิดดั้งเดิมของแฟร์ ความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นความคิดที่มีความซับซ้อนและกว้างขวางซึ่งพบที่มีความยากลำบากในการให้คำจำกัดความเนื่องจากความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะแตกต่างกันไปเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกันแรพพาท (ภาวนา กิริยุดิวงษ์, 2537; อ้างอิงจาก Rappaport, 1984) ได้ให้คำจำกัดความการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลกลุ่มและชุมชนมีความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองวอลเลอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (ภาวนา กิริยุดิวงษ์, 2537; อ้างอิงจาก Wallerstein and Bernstein, 1988) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นการกระทำของสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลองค์กรและชุมชนสามารถควบคุมตนเองหรือมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตนชุมชนและสังคมมินค์เลอร์ (ภาวนา กิริยุดิวงษ์, 2537; อ้างอิงจาก Minkler, 1990) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่บุคคลและชุมชนมีความสามารถในการควบคุมและร่วมมือกันกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งจำเป็นในงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้เพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนโดยส่งเสริมให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารมีการพัฒนาทักษะและการนับถือตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมหรือกำหนดสุขภาพของตนเองได้หลักการของการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจหลักการจัดการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจมีดังนี้

2.3.1.1 การให้ความรู้ที่เน้นการเพิ่มพลังอำนาจให้แก่บุคคลโดยการสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมและเชื่อว่าตนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองและกลุ่มได้

2.3.1.2 การเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของบุคคลแล้วให้บุคคลคิดวิเคราะห์โดยใช้วิจารณญาณเพื่อโยงปัญหาต่างๆของบุคคลที่เป็นสาเหตุการเกิดความเข้าใจดังจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่หรือจะกระทำในอนาคตให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.3.1.3 การเรียนรู้ที่ให้บุคคลได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงโดยการส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในทุกๆขั้นตอนตั้งแต่การเลือกประเด็นในการเรียนรู้ที่เป็นที่สนใจและมีความสำคัญต่อบุคคลการวางแผนกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการสนทนาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้การประเมินผลตนเอง

2.3.1.4 การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มคือการที่ทุกคนสอนทุกคนเรียนโดยครูจะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้หรือผู้ประสานงานแทนการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามบทบาทเดิมการที่บุคคลได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดประสบการณ์ซึ่งกันและกันนอกจากจะทำให้แต่ละคนได้เกิดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้วยังช่วยให้ได้ฝึกการทำงานเป็นกลุ่มมีการคิดและกระทำร่วมกันซึ่งการรวมกลุ่มกันนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีพลังสนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ

2.3.1.5 การเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโดยจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติความรู้สึกและทักษะซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

2.3.1.6 การเรียนรู้มีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียนเนื่องจากบุคคลสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆจากประสบการณ์จริงและการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง

2.3.1.7 การให้ความรู้ที่มีความยืดหยุ่นและมีความสุขสนุกสนานโดยจะมีการปรับเนื้อหาวิธีการและสื่อการเรียนให้สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของบุคคลแต่ละคนแต่ละกลุ่มทำให้บุคคลไม่รู้สึกว่าถูกบังคับบีบบังคับใจให้เรียนรู้ในสิ่งที่ขาดความเกี่ยวข้องและสำคัญกับตนกระบวนการเรียนรู้ของการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

วิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งในระดับบุคคลและระดับทีมงานเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการตัดสินใจเป็นนักแก้ปัญหาที่ดีมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และรับผิดชอบในงานมีความรู้สึกต้องการปฏิบัติให้ดีที่สุดและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จมีการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและผลสัมฤทธิ์ในงานเพิ่มสูงขึ้นรวมทั้งต้องมีการติดต่อสื่อสารและประสานงานแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

2.3.2 การวัดผลการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

เนื่องจากความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลายมิติทำให้เกิดความสับสนในการวัดผลวอลเลอร์สทิน (ภาวนา กิริยุตวิงษ์. 2537; อ้างอิงจาก Wallerstien, 1994) ได้เสนอการวัดการสร้างพลังดังนี้

2.3.2.1 แนวคิดแรกคือการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในกิจกรรมการศึกษาหรือการทำกิจกรรมการศึกษาหรือการกระทำกิจกรรมในชุมชนจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ในคุณค่าและความสามารถของตนตลอดจนเกิดความเชื่อว่าจะสามารถแก้ไขและเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาที่ประสบอยู่ได้ซึ่งตัวแปรที่สามารถวัดได้คือความภูมิใจในตนเอง (Self Efficacy) ที่จะควบคุมหรือเข้าร่วมกิจกรรมในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2.3.2.2 แนวคิดที่สองคือผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมหรือภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง ในระดับกลุ่มซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สนับสนุนให้งานสุขศึกษาไม่ใช่มุ่งเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเท่านั้นแต่จะต้องมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงสังคมมากขึ้นด้วยการเน้นการสร้างพลังเพื่อเกิดการกระทำในลักษณะของกลุ่มบุคคลในชุมชนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชนวิธีการที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Strategies of Empowerment) การเสริมสร้างพลังอำนาจถูกนำไปใช้ในด้านต่างๆกันวิธีการหรือกลวิธีที่ใช้จึงมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัจจัยการแวดล้อมต่างๆที่สามารถรวบรวมได้ดังนี้

2.3.2.3 การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพื่อบุคคลเกิดการรับรู้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการรักษาการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพื่อช่วยในการตัดสินใจและการกระตุ้นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจซึ่งจากการศึกษาของเกรย์ดอนและเซอร์ช (ภาวนา กิริยุตวิงษ์. 2537 ;อ้างอิงจาก Gray, Doan and Church, 1990) ที่สำรวจพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ผลข้างเคียงของการรักษาร้อยละ 98 แหล่งข้อมูลที่ได้รับนอกจากจะได้รับจากเจ้าหน้าที่แล้วยังได้รับจากแหล่งอื่นๆอีกเช่นสายด่วนข้อมูล (Hotline) การศึกษาวิจัยการให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาเพราะสามารถตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเลือกใช้การรักษาแบบใดนอกจากนี้ยังต้องการรับรู้สิทธิของผู้ป่วยที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจเป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยได้การได้รับข้อมูลข่าวสารจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจหากขาดข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมแล้วคุณภาพประสิทธิภาพและกระบวนการตัดสินใจก็จะไม่เกิดขึ้น

2.3.2.4 การให้คำปรึกษาให้คำแนะนำและให้แนวทางโดยยึดความจำเป็นและความต้องการของแต่ละบุคคล

2.3.2.5 การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่เป็นประโยชน์

2.3.2.6 การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงและแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่ายซึ่งอาจทำได้โดยการให้นำเสนอด้วยตนเองให้กับผู้ร่วมประชุม ฟังมีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆตลอดจนการตัดสินใจร่วมกับผู้อื่นโดยที่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองทั้งสองฝ่ายจะต้องมีวิสัยทัศน์ (Vission) หรือมีจุดมุ่งหมายร่วมกับการสนับสนุนให้เกิดพลังอำนาจต้องมุ่งเน้นที่การกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจร่วมกัน (Mutual Goal – Setting an Dicistion Making) และมีข้อผูกพันระหว่างกันทั้งสองฝ่ายที่จะตกลงร่วมกันในการดำเนินกระบวนการมีการหาทางเลือกแนวทางและมีการตัดสินใจร่วมกัน

2.3.2.7 การประเมินผลย้อนกลับทางบวกการสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเกิดกำลังใจที่จะกระทำต่อไปศึกษาการเกิดกระบวนการเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลว่าเป็นแรงจูงใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใช้การสังเกตพฤติกรรมและการซักถามความรู้สึกต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงพบว่าบุคคลสามารถปฏิบัติตัวไปในทางบวก 24 คนและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำนวน 5 คนในการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังในบุคคลประกอบด้วยแรงขับเคลื่อน 2 ชนิดคือการสร้างมโนภาพขึ้นด้วยตนเองและมีโครงสร้างสนับสนุนเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีโดยมีการสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจให้กับผู้ป่วยตลอดเวลาการศึกษาเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะกระทำเพื่อผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต

2.3.2.8 การยอมรับในความเป็นบุคคลส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเองให้ความสำคัญและยอมรับในศักยภาพในความสามารถของบุคคล

2.3.2.9 การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองแต่การใช้กลุ่มสนับสนุน (Group Support) อาจมีข้อจำกัดคือสมาชิกกลุ่มบางคนอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ตามที่คิดไว้ไม่ชอบไม่เห็นด้วยเพราะผู้ป่วยแต่ละคนให้ความสำคัญของปัญหาแตกต่างกันออกไปเมื่อเข้ากลุ่มจะทำให้กลุ่มมีอิทธิพลในการตัดสินใจและการมองปัญหาซึ่งไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

2.3.2.10 ให้การดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพร่างกายส่งเสริมสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลในภาวะเจ็บป่วย

วอลเลอร์สทินและเบอร์นสทินกล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มสมรรถนะของตนเองและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกได้มีผู้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการพยาบาลหลายลักษณะเช่นใช้เป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการสร้างพลังให้กับผู้ป่วยมะเร็งในประเทศแคนาดาโดยปรับแนวคิดทั้งระบบจากระบบเดิมที่เชื่อว่าทำให้สูญเสียการควบคุมตนเองเช่นขาดความยืดหยุ่นในระบบบริการระบบการรักษาระบบการมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยเป็นต้นโดยใช้แนวทางการการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับในการดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้

1) การให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยอย่างดีที่สุด
 2) เน้นการเพิ่มการควบคุมตนเองให้ผู้ป่วยแต่ละคนโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนซึ่งมีเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลเพียงพอมิ
 การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการรักษาและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางหรือมาตรการต่างๆใน
 ระบบบริการ

3) ปรับระบบบริการสุขภาพให้เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมพลังของผู้ป่วยโดย
 เน้นที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล

4) ปรับทัศนคติของสังคมต่อผู้ป่วยมะเร็งโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและ
 แนวคิดการสร้างพลังแก่เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและพยายามสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อผู้ป่วยมะเร็งซึ่งแต่ละ
 หน่วยงานได้รับนโยบายไปดำเนินการและคาดว่าจะเกิดมิติใหม่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งซึ่งแต่ละ
 ประสิทธิภาพขึ้นในอนาคตกลุ่มพยาบาลสาธารณสุขต่างประเทศได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลัง
 อำนาจนี้ไปใช้โดยการตั้งศักยภาพของครอบครัวมาใช้แก้ปัญหาของบุคคลในครอบครัวซึ่งมีวิธีการ 4 วิธี
 คือทำให้สมาชิกในครอบครัวเชื่อว่าปัญหาต่างๆมีทางแก้ไขและสามารถจัดการได้รับฟังสิ่งที่สมาชิกใน
 ครอบครัวกังวลหวั่นใยและค้นหาสิ่งที่ต้องการร่วมกันทำให้ครอบครัวมองปัญหาได้กว้างขึ้นและช่วย
 สะท้อนชีวิตที่ผ่านมาเพื่อเป็นทางเลือกต่อไปในอนาคต (ภาวนา กิริติกุลดิวงษ์, 2537;อ้างอิงจาก
 Zerwekh, 1992)

ดังนั้นผู้วิจัยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างมากเนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากพฤติกรรม
 ที่ไม่สามารถปรับควบคุมการดำเนินของโรคได้ สาเหตุอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นและไม่สามารถ
 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินที่มีก่อนที่จะป่วยได้ดูแลให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองเกิดความเชื่อมั่น
 ในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง
 เหมาะสมโดยมีทีมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเชื่อว่าการดูแลสุขภาพของ
 ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเพิ่มศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ยอมรับในการตัดสินใจของตนเอง
 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันร่วมมือกันไม่มีใคร
 มีอำนาจเหนือกว่าการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะสามารถสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องม
 การพัฒนาความรู้และทักษะส่วนหนึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการทำความเข้าใจ
 ในปัจจัยแวดล้อมด้านสังคมของผู้ป่วยรวมทั้งทักษะที่เฉพาะในการสร้างพลังเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
 เบาหวานและทักษะในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีบทบาทของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องเป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างในการปรับปรุงระบบบริการ
 สุขภาพซึ่งรวมทั้งการจัดระบบบริการและการสอดแทรกแนวคิดการสร้างพลังอำนาจให้แก่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมสุขภาพที่ทำงานร่วมกันได้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ดีขึ้น

2.3.3 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดผลเชิงบวกคือการที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ (Gibson, 1993) โดยมีการรับรู้ 4 ด้านคือด้านรับรู้ความรู้สึกถึงความสำเร็จ (a sense of mastery), การพัฒนาตนเอง (selfdevelopment) มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง (purpose and meaning) นอกจากนี้ยังเกิดผลต่อบุคคลทำให้บุคคลมีศักยภาพทางด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) ความรู้สึกถึงสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) การมีสุขภาพที่ดี (better health)

อย่างไรก็ตามผลลัพธ์เชิงลบของการสร้างพลังที่พบจากรายงานของกิปลัน (Gibson, 1993) คือการถูกต่อต้านจากบุคลากรทางแพทย์ (rejection) มีภาระที่ต้องรับผิดชอบเกินศักยภาพของตนเอง (responsibility overload) และมีผู้สนับสนุนน้อยโดยสรุปแล้วกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพพึ่งตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Improved quality of life)

2.4 กระบวนการเรียนรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop)

การศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจมีกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรอย่างไม่มีที่สิ้นสุดคือเริ่มจากประสบการณ์หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วนำมาคิดวิเคราะห์ไตร่ตรอง (Reflection) ว่ามีปัญหอะไรมีความเป็นมาอย่างไรและมีปัจจัยสาเหตุใดบ้างโดยโยงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องของปัจจัยต่างๆซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอันจะนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของผู้เรียนรู้จะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำมาสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไปองค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้ในการศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจที่เป็นวงจรต่อเนื่องสามารถแบ่งย่อยออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้ (Bishop et al., 1988; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548)

2.4.1 การได้รับประสบการณ์ (Experiencing) การมีประสบการณ์จัดเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้และเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการสะท้อนกลับประสบการณ์ที่จะรวบรวมทุกสิ่งทุกอย่างที่ได้ประสบมาทุกอย่างที่เป็นทุกอย่างที่ทำทุกอย่างที่รู้สึกที่เห็นที่ได้ยินประสบการณ์ที่เป็นจริงสิ่งเหล่านี้ต่างก็เสริมประสบการณ์ชีวิตเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้เช่นการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่เป็นประสบการณ์ที่พบจริงในชีวิตประจำวันหรือการพาไปดูงานในโรงพยาบาลที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เห็นได้สัมผัสพูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการหรืออาจจำลองประสบการณ์จริงและมีความสำคัญต่อ

ผู้เรียนออกมาในรูปแบบของการภาพยนตร์การแสดงบทบาทสมมติภาพถ่ายมาใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่บุคคลมีอยู่แล้วให้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละคนนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มประสบการณ์ที่จะเกิดขึ้นต้องเป็นจริงและเป็นรูปธรรมมากที่สุด

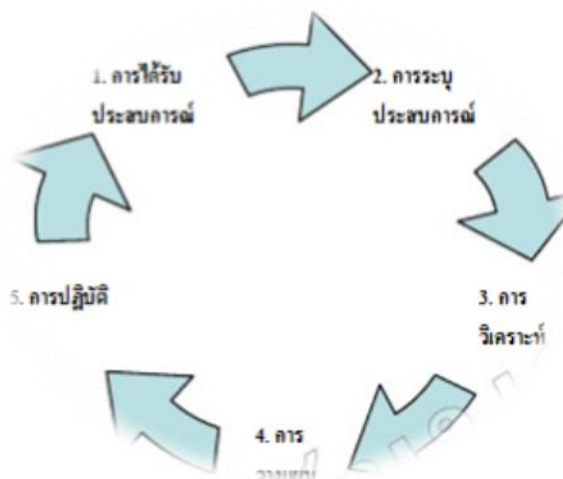
2.4.2 การระบุประสบการณ์ (Naming Experience) การระบุประสบการณ์จัดเป็นขั้นตอนที่ 2 ของการเรียนรู้กล่าวคือเป็นการอธิบายเหตุการณ์ว่าเกิดอะไรขึ้นเราได้พูดอะไรไปเราได้ทำอะไรอะไรลงไปเรารู้สึกอย่างไรคนอื่นพูดอย่างไรแล้วคนอื่นทำอะไรรู้สึกอย่างไรแล้วเหตุการณ์นี้มีความสำคัญอย่างไรและอะไรเป็นสิ่งที่เราไม่เข้าใจในกระบวนการเรียนรู้เช่นภายหลังจากการไปเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่นอนที่โรงพยาบาลแล้วให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้มาเล่าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและความรู้สึกของตนเองที่มีต่อประสบการณ์ดังกล่าวร่วมกันจะทำให้เกิดความเชื่อมโยงสิ่งนั้นกับชีวิตของตนเองและมองเห็นความสำคัญทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

2.4.3 การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of an Experience) เป็นขั้นตอนที่พยายามทำความเข้าใจประสบการณ์อย่างลึกซึ้งเช่นใครคือผู้ที่มีอิทธิพลในสถานการณ์ดังกล่าวใครเป็นผู้ตัดสินใจหรือใครมีอิทธิพลกว่าคนอื่นใครเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจใครเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจและใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจนั้นประสบการณ์ที่กำลังวิเคราะห์อยู่นั้นมีอะไรคล้ายคลึงกับสถานการณ์อื่นที่ตนเองเคยประสบมาก่อนเช่นการให้ผู้ร่วมเข้าอบรมคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทำให้มีภาวะทุพพลภาพและให้ผู้เรียนรู้ได้เล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิดที่มีปัญหาดังกล่าวหรือปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นต้นเป้าหมายของการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้เพื่อการช่วยให้แต่ละคนเข้าใจอย่างถ่องแท้ในปัจจัยและความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้นๆได้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง

2.4.4 การวางแผน (Planning) การวางแผนเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งให้ผู้เรียนรู้คิดหาวิธีการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยเมื่อผู้เรียนเกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและผู้เรียนรู้คิดหาวิธีการจะอย่างไรให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาพร้อมทั้งกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อไปเช่นภายหลังจากที่ผู้เรียนรู้ได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแล้วผู้เรียนรู้ในฐานะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องคิดว่าตนเองและสมาชิกจะมีบทบาทอย่างไรในการแก้ไขปัญหาตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

2.4.5 การปฏิบัติ (Doing) การลงมือปฏิบัติจะเป็นขั้นตอนต่อไปซึ่งการปฏิบัตินี้นอกจากจะรวมการทดสอบการค้นหาคำทดลองและการปฏิบัติแล้วยังอาจหมายถึงการรอคอยการฟังการเฝ้าดูเพราะการลงมือปฏิบัติจะเป็นประสบการณ์จริงที่เราจะต้องคิดพิจารณาและหวังจะได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ

จากประสบการณ์ใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้นหลังการฝึกอบรมและประสบการณ์ใหม่จะเป็นเป้าหมายใหม่ของการเรียนรู้การปฏิบัติจะทำให้เกิดประสบการณ์เริ่มต้นวงจรใหม่



ภาพที่ 2.1 กระบวนการเรียนของการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ที่มา: Bishop et al. (1988; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548)

อย่างไรก็ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลายแนวคิดซึ่งมีรายละเอียดที่ต่างกันอยู่บ้างเล็กน้อยและมีการนำไปประยุกต์ใช้ที่แตกต่างกันในบริบทต่างๆ กล่าวคือแนวคิดของเปาโลแฟร์ (Pualo, 1977 cited in Schofield, 1998) เน้นการค้นพบตัวเองในกระบวนการศึกษาจึงนิยมใช้ในการสร้างพลังมวลชนและการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนส่วนแนวคิดของเฟียร์รี (Freury, 1991) อ้างอิงมาจาก ศศิธรุจไพโรเขียว, 2552) เหมาะสำหรับการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถปรับตัว กับโรคที่เป็นอย่างค่อยเป็นค่อยไปใน 3 ระยะจากการประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงและการผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิตสอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991; Gibson, 1995) ซึ่งเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกันการที่บุคคล จะผ่านแต่ละขั้นตอนนั้นจะต้องมีพลังใจพลังความคิดจากปัจจัยต่างๆ มาช่วยสร้างเสริมแรงจูงใจให้รู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองซึ่งแนวคิดนี้สามารถนำไปใช้ได้กับบุคคลทุกกลุ่มรวมถึงครอบครัวและชุมชนที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ศักยภาพของตนเองในการค้นหาและเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองภายใต้บริบทของสิ่งแวดล้อมของแต่ละคนสำหรับแนวคิดของมิลเลอร์ (Miller, 1992; อ้างอิงจาก สำนักพยาบาล, 2546) เป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาวิกฤติการเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนในแต่ละวันที่ต้องการความคิดเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเผชิญ

สถานการณ์ต่างๆนอกจากนี้ยังมีแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) ของริสแมน(Riessman, 1984 cited in Mok& Martinson, 2001) ซึ่งเหมาะสำหรับการประยุกต์ใช้ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาเดียวกัน

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีการรับรู้พลังอำนาจมีความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยเริ่มจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ผ่านกระบวนการคิดพิจารณาไตร่ตรองถึงความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาคาดการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามบทบาทของตนและการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเป็นการเรียนรู้และพัฒนาในระดับที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของผู้เรียนซึ่งเหมาะสมกับแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al.,1988 ; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) ที่มีกระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจรอย่างไม่มีที่สิ้นสุดเพื่อการสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลและการสร้างพลังทีมงานซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มได้อย่างเหมาะสมผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ขั้นตอนการผ่านประสบการณ์การวิเคราะห์การวางแผนและการปฏิบัตินำมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่งผลดีกับผู้ป่วยเบาหวานทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองและมีแนวทางการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพพึ่งตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.5 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสรุปได้ดังนี้

2.5.1 บทบาทหน้าที่และความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.5.1.1 ความเจริญก้าวหน้าทางสังคมข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีรวมทั้งการพัฒนาด้านการสาธารณสุขพบว่ามีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาทิเช่นการศึกษาของนิตยาอุ้นเป้า (2549) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและผลกระทบของโรคเรื้อรังที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในด้านการให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ด้านการรับข่าวสารและด้านการประสานงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05สอดคล้องกับการศึกษาของจุลศักดิ์หน่อแก้ว (2547) พบว่าความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสาธารณสุข

มีมากขึ้นทางโทรทัศน์และวิทยุมีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5.1.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการรักษาพยาบาลพบว่ามีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาทิเช่นการศึกษาของสุดาตวงพระทัย (2549) พบว่าบทบาทที่คาดหวังด้านการป้องกันโรคและการรักษาบทบาทที่รับรู้กับบทบาทในอุดมคติด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังและบทบาทที่คาดหวังกับบทบาทที่เป็นจริงที่มีความสัมพันธ์กันทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรภัทรดำนบุญเรือง (2552) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้พิการอยู่ในระดับดีมีความสัมพันธ์การรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5.1.3 ปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชนรวมทั้งการผ่านการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาทิเช่นการศึกษาของสุนิพร จุฑะโกสิทธิ์กานนท์ (2551) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนให้ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการปฏิบัติงานในระดับปานกลางและสอดคล้องกับการศึกษาของ I-chuan Mei, Chih Lin and Cing-Min Chen (2007) พบว่าการมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมและการทำงานร่วมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5.1.4 ความรู้ทัศนคติความร่วมมือของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาทิเช่น รพีพรมรรณพนธ์ (2541) พบว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติงานหลังอบรมทุกช่วงเวลาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ กลีบจำปีและพิศิษฐ์ พวงนาค (2551)

2.5.1.5 การติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่และการบริหารจัดการเป็นปัญหาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาทิเช่น พรังพราว ไวยาวัจฉัย (2546) กระบวนการบริหารและหลักการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัญหาที่พบมากที่สุดคือความร่วมมือของประชาชนอยู่ในระดับมากการติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับค่อนข้างมากมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสรุปได้ดังต่อไปนี้

2.5.2.1 อายุจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาทิเช่นการศึกษาของฉลวย หนูจิตร (2551) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทองสุวรรณบุลย์ (2545) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุแตกต่างกันมีการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) ได้ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5.2.2 เพศจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขอาทิเช่นเอกรินทร์โปตะเวช (2551) พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ โพธิชัย (2550) ชีร์ปน กรณ์ศุภกิจโยธิน (2549) และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547)

2.5.2.3 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอาทิเช่นการศึกษาของกิตติ พงษ์บัวติก (2551) พบว่าระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับฉลวยหนูจิตร (2551) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชนอำเภอปายจาศิริ จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของชีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549) พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของพัฒน์นรี รัตนจารย์ (2550) และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547)

2.5.2.4 สถานภาพสมรสจากการทบทวนการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กนกทอง สุวรรณบุลย์, 2545 และจิรภา สุขสวัสดิ์, 2547) แต่มีผลการศึกษาบางส่วนที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(กิตติพงษ์ บัวติก, 2551; สิริพร รสาลีศรี, 2550; บุญเลิศ โพธิชัย, 2550; อีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน, 2549; พัฒน์นรี รัตนอาจารย์, 2550; ฉลวย หนูจิตร, 2550)

2.5.2.5 ระดับการศึกษาจากทบทวนการศึกษาของกิตติพงษ์ บัวติก (2551) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่การศึกษาอีกบางส่วนที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (บุญเลิศ โพธิชัย, 2550; สิริพร รสาลีศรี, 2550; พัฒน์นรี รัตนอาจารย์, 2550; อีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน, 2549; ประภา วุฒิคุณ, 2547; กนกทอง สุวรรณบุลย์, 2545)

2.5.2.6 อาชีพจากการศึกษาของพัฒน์นรี รัตนอาจารย์ (2550) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแม่บ้านธุรกิจส่วนตัวและรับราชการมีคะแนนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการศึกษาที่สอดคล้องกันของสิริพร รสาลีศรี (2550) และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) แตกต่างจากการศึกษาของกิตติ พงษ์บัวติก (2551) เอกรินทร์ โปตะเวช (2551) บุญเลิศ โพธิชัย (2550) และประภา วุฒิคุณ (2547) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.5.2.7 รายได้จากการศึกษาของอีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) และประภา วุฒิคุณ (2547) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่บุญเลิศ โพธิชัย (2550) กิตติพงษ์ บัวติก (2551) และฉลวย หนูจิตร (2551) ศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าอายุเพศและระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพและรายได้ยังไม่สามารถสรุปลักษณะของความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ชัดเจนนักดังนั้นในการศึกษครั้งนี้จึงนำปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศอายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเป็นตัวแปรควบคุมในการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง

2.5.3 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสรุปได้ดังต่อไปนี้

อารี บุตรสอน (2546) ได้ศึกษาเพื่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นวิจัยและพัฒนาการดำเนินงาน 4 ขั้นตอนสรุปผลการศึกษาตามขั้นตอนได้ดังนี้ขั้นตอนที่ 1 ได้ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและศักยภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการสำรวจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 375 คนผลการศึกษาพบว่าศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับปานกลางทั้ง 8 หมวดเมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละหมวดงานพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านอายุตัวระดับการศึกษาระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขรายได้การมีตำแหน่งในชุมชนส่วนด้านเพศและสถานภาพสมรสไม่แตกต่างกันและพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้ในการปฏิบัติขาดงบประมาณขาดวัสดุอุปกรณ์และการติดตามต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนในขั้นตอนที่ 2 เป็นการพัฒนาลูกสูตรฝึกอบรมโดยการประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำหลักสูตรการอบรมและการประเมินผลหลักสูตรผลการศึกษได้หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครอบคลุมทั้ง 8 หมวดเป็นหลักสูตรที่ใช้เวลาฝึกอบรมทั้งสิ้น 5 วันรวม 31 ชั่วโมงเน้นการมีส่วนร่วมมากที่สุดใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ นำเสนอผลการศึกษากลับมาอภิปรายกลุ่มการฝึกปฏิบัติและการแสดงบทบาทสมมติและขั้นตอนที่ 3 เป็นการทดลองใช้นำร่องกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลศรีสะเกษอำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 30 คนผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 8 หมวดงานหลังจากฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการฝึกอบรมใช้ระยะเวลาติดต่อกันนานเกินไปส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพส่วนในขั้นตอนที่ 4 เป็นการติดตามประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรมมีศักยภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานสูงขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากทั้ง 8 หมวดงานส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้ผ่านการอบรมมีศักยภาพในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 8 หมวดงานและพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรมมีศักยภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รพีพร มหรรณพนที (2541) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วมกับแบบบรรยายเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่โดยการอบรมแบบบรรยายและการอบรมแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรีจำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คนผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบบรรยายมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ต่ำกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ทัศนคติและการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วมมีความรู้และการปฏิบัติงานหลังอบรมสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ต่ำกว่าก่อนอบรมและมีทัศนคติหลังการอบรมสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ต่ำกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังอบรมสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 2 กลุ่มพบว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีส่วนร่วมมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติงานหลังอบรมทุกช่วงเวลาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุลศักดิ์ หน่อแก้ว (2547) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังกลุ่มสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลแม่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำชุมชนและผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปีรวมทั้งหมด 37 คนในการควบคุมภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 1-5 ปีโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิสซอสพร้อมกับการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 2 วัน ประเด็นความรู้เรื่องโภชนาการเด็ก 1-5 ปีกิจกรรมการยอมรับและนับถือตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองความตั้งใจในการพัฒนาชุมชนการวิเคราะห์ปัญหาและดำเนินกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาและเด็กได้ทำการศึกษาในกลุ่มแกนนำชุมชนและมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กจังหวัดอำนาจเจริญผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาทุพโภชนาการและความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็ก 1-5 ปีดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มทดลองพบว่าพฤติกรรมการให้อาหารหลักไม่เปลี่ยนแปลงส่วนพฤติกรรมการให้อาหารว่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบพฤติกรรมการนำเด็กอายุ 1-5 ปีชั่งน้ำหนักและแปลผลการเจริญเติบโตด้วยกราฟพบว่าดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนอกจากนี้พบว่าระดับโภชนาการเมื่อเทียบเปอร์เซ็นต์ของมาตรฐานการเจริญเติบโตโดยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุในเด็ก 1-5 ปีดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

นวรรตน์ ภูเทิน (2555) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคปอดในชุมชนอำเภอปางดะ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีความมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติการรับรู้บทบาทหน้าที่การนับถือคุณค่าตนเองและบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการป้องกันโรคปอดในชุมชนกลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 100 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 50 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คนโดยการประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคในชุมชนพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดทัศนคติ การรับรู้บทบาทหน้าที่การนับถือคุณค่าตนเองและบทบาทหน้าที่ต่อการป้องกันโรคปอดในชุมชนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เชสทา (Shrestha, 2002) ได้ศึกษาการเพิ่มการยอมรับการคุมกำเนิดผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงในชุมชนประเทศเนปาลโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโลแฟร์เป็นการศึกษาแบบมีส่วนร่วมซึ่งใช้ระยะเวลาฝึกอบรมทฤษฎี 7 วันและฝึกปฏิบัติ 3 วัน ทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงในประเทศเนปาลจำนวน 17 คนและมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขหญิงเพิ่มการใช้การคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานผลการศึกษาพบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานและไม่ตั้งครรภ์จำนวน 241 คนรับรู้วิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อยหนึ่งวิธีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีการใช้การคุมกำเนิดที่ทันสมัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 52.03 มีความพึงพอใจต่อการบริการของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้การคิดวิเคราะห์และการปฏิบัติโดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยวิธีการต่างๆ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เพิ่มขึ้นมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถของตนเองและสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาในกลุ่มต่าง ๆ ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์และมีทักษะในการปฏิบัติที่ดีขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในตนเองและชุมชนได้ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมีความรู้และมีความสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยในชุมชนได้จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยในชุมชนตามแนวคิดของบิชอป (Bishop et al., 1988 อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) ซึ่งเป็นการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การได้รับ

ประสบการณ์จริงจากเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยตนเอง 2) การระบุประสบการณ์จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความเชื่อมโยงของเหตุและผลทั้งจากประสบการณ์ในชีวิตจริงและการฝึกปฏิบัติ 3) การวิเคราะห์ประสบการณ์จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้และปฏิบัติเพื่อให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้น 4) วิธีการวางแผนในการแก้ปัญหาจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาและ 5) การลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ภายหลังการปฏิบัติก็จะกลับเข้าสู่ขั้นตอนแรกคือการได้รับประสบการณ์เป็นวงจรเช่นนี้ไปอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อ การรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคเบาหวานเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลตนเองและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองติดต่อกันเป็นสัปดาห์โดยมีวิธีการวิจัยตามลำดับดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการทดลอง (Experimental Design) เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของในกลุ่มทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลแสนสุข และกลุ่มควบคุมได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานตามปกติในเขตตำบลแสนสุขมีการวัดก่อนหลัง (Pre test-Post test Static Group Comparison Design)รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับกลุ่มควบคุม โดยมีแผนภูมิการทดลองสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. ดังนี้

Pretest		Independent variable		Posttest
R1	O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
R 2	O3		O4	กลุ่มควบคุม

ภาพที่ 3.1 แผนภูมิการทดลองสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม.

R1 หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (Experimental group) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

R2 หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม (Control group) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

O1 หมายถึง ประเมินการรับรู้พลังอำนาจความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคเบาหวานก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคเบาหวาน

O2 หมายถึง ประเมินการรับรู้พลังอำนาจความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลองเสร็จสิ้นในกลุ่มทดลอง

O3 หมายถึง ประเมินการรับรู้พลังอำนาจความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคเบาหวานก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม

O4 หมายถึง ประเมินการรับรู้พลังอำนาจความรู้และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลองเสร็จสิ้นในกลุ่มควบคุม

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยเชิงทดลองศึกษา 2 กลุ่ม มีกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 40 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเสริมสร้างพลังจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคเบาหวาน โดยมีแผนภูมิการทดลองสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

Pretest	Independent variable	Posttest
R1 Y1	X	Y2 กลุ่มทดลอง
R 2 Y3		Y4 กลุ่มควบคุม

ภาพที่ 3.2 แผนภูมิการทดลองสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน

R1 หมายถึงการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (Experimental group)โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

R2 หมายถึงการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม (Control group)โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

Y1 หมายถึงการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

X หมายถึงกิจกรรมที่ อสม.ที่ได้รับกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ตนเองรับผิดชอบ

Y2 หมายถึงประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเลือดหลังการทดลองเสร็จสิ้นในกลุ่มทดลอง

Y3 หมายถึงประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม

Y4 หมายถึงประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลองเสร็จสิ้นในกลุ่มควบคุม

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรที่ศึกษากลุ่มที่ 1

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 270 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คนได้กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

3.2.1.1 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3.2.1.2 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 3 ปีขึ้นไป

3.2.1.3 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) ในการดูแลอย่างน้อย 2 คน

3.2.1.4 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาจากเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้อ ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

3.2.2 ประชากรที่ศึกษากลุ่มที่ 2

เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้อ ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และอยู่ ระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2561 จำนวน 652 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 80 คนได้กลุ่มทดลอง 40คนและกลุ่มควบคุม 40 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

3.2.2.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes)

3.2.2.2. มีอายุ 30 ปีขึ้นไป

3.2.2.3 มีระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลังติดต่อกัน 2 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษามากกว่า

126

3.2.2.4 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย โรคจอประสาทตาเสื่อม ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในการศึกษา

3.2.2.5 ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์

3.2.2.6 การมองเห็นและการได้ยินปกติ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

3.2.2.7 กลุ่มควบคุมจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานตามปกติและกลุ่มทดลองจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง

3.2.2.8 เป็นผู้ป่วยเบาหวานมาจากมาจากเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้อตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.2.2.9 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

3.2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

3.2.3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลแสนสุข

กลุ่มที่ 1 ขนาดของตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลแสนสุขการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) ในการดูแลอย่างน้อย 2 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มละ 40 ราย จำนวน 2 กลุ่ม รวมทั้งหมด 80 คนผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง อสม.กลุ่มละ 20 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวมทั้งหมด 40 คน

1) สุ่มเลือกตำบลที่จะดำเนินการวิจัยจากตำบลแสนสุขมีทั้งหมด 16 หมู่บ้าน แต่ละตำบลมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านคุณลักษณะทางประชากร เช่น เพศ ระดับการศึกษา บริบททางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาทั้งตำบลที่มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยใกล้เคียงกันและสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากเป็นทดลองและควบคุม

2) สุ่มเลือกหมู่บ้านจากตำบลแสนสุขเข้ากลุ่มทดลองโดยการจับสลากแบบไม่แทนที่หมู่บ้านที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดจำนวน 16 หมู่บ้าน โดยแต่ละหมู่บ้านมีระยะทางอยู่ห่างกัน

3) สุ่มเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจากทะเบียนประวัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลแสนสุขทำโดยการสุ่มอย่าง

ง่าย(Simple Ramdom Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ได้จำนวนรวม 20 คน

4) สุ่มเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมจากทะเบียนประวัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลแสนสุขทำโดยการสุ่มอย่างง่าย(Simple Ramdom Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ได้ จำนวนรวม 20 คน

3.2.3.2 ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลแสนสุข

กลุ่มที่ 2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลแสนสุข

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและเป็นการทดสอบทางเดียวจึงคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตร (Schlessman, 1982; อ้างอิงจาก วรรณชนก จันทชุม, 2545)

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

เมื่อ n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

σ^2 หมายถึง ความแปรปรวนของข้อมูล (ตัวแปรตาม)

μ_1 หมายถึง ค่าเฉลี่ยของข้อมูลในกลุ่มทดลอง

μ_0 หมายถึง ค่าเฉลี่ยของข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ

Z_{α} หมายถึง ค่า Z สำหรับความผิดพลาดแบบ I (Type

I Error)

Z_{β} หมายถึง ค่า Z สำหรับความผิดพลาดแบบ II (Type II

Error)

ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จากการวิจัยของ ทรราชลักษณ์ แวบุตร (2553) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นจึงนำผลของข้อมูลเบื้องต้นที่ได้มาใช้ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งสามารถแทนค่าได้ดังนี้

σ^2 หมายถึง ความแปรปรวนของข้อมูล 7.34

μ_1 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองเท่ากับ

25.42

μ_0 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ

18.08

Z_α	หมายถึง	ค่า Z ที่ระดับ α (0.05) เท่ากับ 1.645
Z_β	หมายถึง	ค่า Z ที่ระดับ β (0.10) เท่ากับ 1.282

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.645+1.282)^2 \times 2 (7.34)^2}{(25.42-18.10)^2}$$

$$n = \frac{(1.645)^2 \times 2 (14.68)^2}{(7.32)^2}$$

$$n = \frac{8.567 \times 215.506}{(53.58)}$$

$$n = \frac{1846.205}{53.58}$$

$$n = 34.45$$

จากการคำนวณควรใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 ราย เนื่องจากการวิจัยแบบกึ่งทดลองอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างทำการศึกษาและเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอและเหมาะสมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร ซึ่งจำเป็นต้องใช้จำนวนตัวอย่างที่มากพอ (เพชรร้อยสิงห์ช่างชัย, 2546) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มละ 40 ราย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 60 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวมทั้งหมด 120 คน โดยสุ่มจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน และผู้ป่วยเบาหวาน 40 คน ในพื้นที่ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการศึกษา

1) สุ่มเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในการดูแลของ อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมาจากแต่ละอสม. เพียง 2 คน จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยเบาหวานของตำบลแสนสุขทำโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Ramdom Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ได้จำนวนรวม 20 คน

2) สุ่มเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในการดูแลของ อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มควบคุมจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยเบาหวานของตำบลแสนสุขทำโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Ramdom Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ได้จำนวน รวม 40 คน

3.3 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.3.1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2548) โดยการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) การได้รับรู้ประสบการณ์ โดยให้ อสม.แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันการฟังบรรยายและชมวีดิทัศน์โรคเบาหวาน การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การฝึกปฏิบัติโดยบทบาทสมมติ และการปฏิบัติการดูแลด้วยตนเอง

2) การระบุประสบการณ์ โดยให้ อสม.อธิบายความคิด ความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ที่ได้รับเรื่องความรู้ การชมวีดิทัศน์เรื่องราวของผู้ป่วยเบาหวาน การแสดงบทบาทสมมติ และประสบการณ์จากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง

3) การวิเคราะห์ประสบการณ์ โดยให้ อสม.ร่วมกันคิดพิจารณาอย่างไตร่ตรองและแสดงความคิดเห็นถึงความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ จากการเรียนรู้ และการปฏิบัติและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

4) การร่วมกันคิดหาแนวทางในการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยตามบทบาทหน้าที่จากการชมวีดิทัศน์ บทบาทสมมติ และผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้แก่ อสม.

5) การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็น การฝึกปฏิบัติโดยบทบาทสมมติ และการปฏิบัติจริงในชุมชนให้ อสม. ภายหลังการปฏิบัติจะกลับเข้าสู่ขั้นตอนแรก คือ การได้รับประสบการณ์เป็นวงจรเช่นนี้ไปอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3.1 การประยุกต์ทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แนวคิดทฤษฎี	การประยุกต์ใช้
1. การได้รับประสบการณ์	การอธิบายความคิด/ความรู้สึกของตนจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการชมวีดิทัศน์เรื่องราวของผู้ป่วยเบาหวาน บทบาทสมมติและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน - การสนทนาสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 1 ใช้สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ระยะเวลา 90 นาที/ครั้ง โดยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของเขตรับผิดชอบด้านความรู้และทักษะที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ อสม.ได้ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นเพื่อให้รับรู้สภาวะสุขภาพตามสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ดังนี้ - ประชุมกลุ่มทดลองให้วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองใช้ระยะเวลา 45 นาที /ครั้ง - ประชุมกลุ่มทดลองโดยให้ตัวแทนกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติด้วยกระบวนการกลุ่ม ใช้สถานที่ ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ใช้ระยะเวลา 45 นาที
2. การระบุประสบการณ์	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จากการเรียนรู้การฟัง การชมวีดิทัศน์ การสาธิต การฝึกปฏิบัติและประสบการณ์ในชีวิต นำมาผสมผสานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน - การสนทนาสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 2 ระยะเวลาห่างกัน 15 นาที (รับประทานอาหารว่าง)สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 1 ใช้สถานที่ ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 20 คน ใช้ระยะเวลา 45-80 นาที /ครั้ง โดยนำข้อมูลจากการสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 1 มาใช้ในกิจกรรมให้มีความรู้และมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยได้รับประสบการณ์จากการฟังความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนจัดกิจกรรมและประเมินผลการปฏิบัติดังนี้

ตารางที่ 3.1 การประยุกต์ทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎี	การประยุกต์ใช้
2. การระบุประสบการณ์	- ประชุมกลุ่มทดลอง การชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนใช้เป็นระยะเวลา 45 นาทีโดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเรื้อรังเป็นวิทยากร - ประชุมกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลา 80 นาที /ครั้งการสาธิตการฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเบื้องต้น ทำเป็นฐาน ดังนี้ ฐานที่ 1 การวัดน้ำหนัก ส่วนสูง และการคำนวณหาดัชนีมวลกาย BMI (Body Mass Index) ใช้ระยะเวลา 20 นาที ฐานที่ 2 การวัดสัญญาณชีพ ใช้ระยะเวลา 20 นาที ฐานที่ 3 วิธีการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดการเจาะบริเวณปลายนิ้ว โดย DTX ใช้ระยะเวลา 20 นาที ฐานที่ 4 ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยประยุกต์ใช้แพทย์แผนไทย เช่น ฝึกสมาธิ บำบัด SKT 20 นาที
3. การวิเคราะห์ประสบการณ์	การร่วมกันคิดวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นถึงความสัมพันธ์ความเชื่อมโยงและผลกระทบจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่เกิดขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง - การสนทนาสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 3 ระยะเวลาห่างกัน 1วัน สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 2 ใช้สถานที่ห้องอบรมของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มทดลอง (อสม.และผู้ป่วยเบาหวาน)ครั้งละ 60 คน ใช้ระยะเวลา 45 นาที /ครั้ง โดยให้ความรู้/ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานและส่งเสริมให้ อสม. ลงมือปฏิบัติตามแผนอย่าง ให้คำแนะนำดูแลช่วยเหลือด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จะได้ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้ให้กำลังใจและสนับสนุน อสม.ดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างต่อเนื่องดังนี้ - อบรมเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการจัดการความเครียด และการใช้ยา และร่วมกันอภิปรายความรู้และความสามารถของตนเองในการแนะนำดูแลช่วยเหลือด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 45 นาที โดยมีแพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังเป็นวิทยากร

ตารางที่ 3.1 การประยุกต์ทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎี	การประยุกต์ใช้
4. การวางแผน	การร่วมกันคิดหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามบทบาทหน้าที่จากสถานการณ์เรื่องราวของผู้ป่วยเบาหวานจาก การชมวีดิทัศน์ บทบาทสมมติ และชีวิตจริงของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนการปฏิบัติ - สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 4 ระยะเวลาห่างกัน 15 นาที สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 3 ใช้สถานที่ ดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มในแต่ละหมู่บ้าน การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน - ประชุมกลุ่มโดยให้ตัวแทนกลุ่มทดลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นรายกลุ่ม 4 ครั้งละ 15 คน ใช้ระยะเวลา 45 นาที / ครั้งการเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจะได้ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้ให้กำลังใจและสนับสนุนดูแลกันอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
5. การปฏิบัติ	การฝึกปฏิบัติโดยบทบาทสมมติ การฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนโดยทีมพี่เลี้ยงติดตามและการปฏิบัติในชุมชนด้วยตนเอง - หลังจากสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 4 การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านใช้สถานที่แต่ละหมู่บ้านใช้เวลาครั้งละ 60 นาทีต่อผู้ป่วยเบาหวานหนึ่งดังนี้ - ประชุมกลุ่มทดลองให้ได้ฝึกวางแผนและปฏิบัติการดูแลที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจเบาหวานที่ปลายนิ้ว การจับชีพจร การนับหายใจ การประเมินดัชนีมวลกาย การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการแนะนำการดูแลสุขภาพ และการบันทึกผลการปฏิบัติโดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือ ติดตามให้กำลังใจประเมินผลการปฏิบัติ - ให้กลุ่มทดลองลงปฏิบัติใช้สถานที่แต่ละหมู่บ้านใช้เวลาครั้งละ 60 นาทีต่อสองราย มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้และสามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ด้วยตนเอง พร้อมกับการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้แบบบันทึกระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเช้า DTX (Dextrostix) โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติเหมือนการฝึกปฏิบัติโดยทีมพี่เลี้ยงผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์

3.3.2. สื่อ วัสดุอุปกรณ์

ที่ใช้ในโปรแกรมหรือใช้ประกอบการจัดกิจกรรม ดังนี้

3.3.2.1 แบบประเมินการฝึกปฏิบัติทักษะขั้นพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3.2.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (DTX) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3.3.2.3 วิธีทัศน์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในกลุ่มทดลองชมเป็นเวลา 45 นาที

3.3.2.4 วัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม ได้แก่ คอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพ และอุปกรณ์เครื่องเขียน

3.3.2.6 วัสดุและอุปกรณ์ ทางกายภาพ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจเบาหวาน (DTX) หูฟัง แถบตรวจเบาหวาน เข็มเจาะปลายนิ้ว สำลี แอลกอฮอล์ เครื่องชั่งน้ำหนัก ฯลฯ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เป็นชุดของข้อคำถามที่เกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการรับรู้พลังอำนาจของบิชอป (Bishop et al., 1988; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริณภา, 2548) มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การแนะนำความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การวัดความดันโลหิต การตรวจเบาหวานจากปลายนิ้ว ตลอดจนการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 29 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้ประเมินตามระดับความรู้สึกหรือการรับรู้ 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด จนถึงน้อยที่สุด โดยมีการให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก

ตอบมากที่สุด	ให้	คะแนน 5
ตอบมาก	ให้	คะแนน 4
ตอบปานกลาง	ให้	คะแนน 3
ตอบน้อย	ให้	คะแนน 2
ตอบน้อยที่สุด	ให้	คะแนน 1

สำหรับข้อความในทางลบให้คะแนนในทางตรงกันข้าม

3) ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีเนื้อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบข้อคำถามและเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว งามตอบได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

4) ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เป็นชุดของการประเมินทักษะด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการแนวคิด การดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการและขั้นตอนของการปฏิบัติ การประเมินดัชนีมวลกาย การจับชีพจรนับหายใจ การวัดความดันโลหิต การตรวจเบาหวานที่ปลายนิ้ว การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน การแนะนำการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะการประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ 2 ระดับ คือปฏิบัติได้ถูกต้องและปฏิบัติไม่ได้

ปฏิบัติได้ถูกต้อง	ให้	คะแนน	1
ปฏิบัติไม่ได้	ให้	คะแนน	0

3.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรสระดับการศึกษา ระดับการศึกษา อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ผู้พักอาศัยอยู่ด้วยหลักระยะเวลา เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และสิทธิการรักษาพยาบาล รวม 12 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการใช้ยาลดระดับน้ำตาล เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีระดับโดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตามข้อคิดเห็นของตนเองตามข้อความในแบบสอบถาม ข้อคำถามสร้างขึ้นจะมีลักษณะ ข้อความ

ทางบวกและข้อความทางลบรายด้านดังต่อไปนี้

3) แบบวัดพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารจำนวน 20 ข้อ มีข้อความเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 10, 11, 13, 16, 18, 19 และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 20

4) แบบวัดพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 20 ข้อ มีข้อความเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 18, 19 และข้อความเชิงลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 10, 11, 15, 16, 17, 20

5) แบบวัดพฤติกรรมด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาลจำนวน 15 ข้อ มีข้อความเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 7, 9, 10 และมีข้อความเชิงลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15

3.2.2.3 การแปลผลพฤติกรรมรายด้าน

1) พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

ประจำ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 7 วัน
บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 5-6 วัน
บางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3-4 วัน
น้อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1-2 วัน
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆเลย

2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

ประจำ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 5 วัน
หรือมากกว่า

บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3-4 วัน
บางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 2 วัน
น้อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1 วัน
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆเลยเกณฑ์

การให้คะแนน

3.2.2.4 พิจารณาตามลักษณะข้อความสัมภาษณ์ โดย

ข้อความเชิงบวก

ปฏิบัติประจำ	=	5	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	4	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	=	3	คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	=	1	คะแนน
ข้อความเชิงลบ			
ปฏิบัติประจำ	=	1	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	=	3	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	4	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	=	5	คะแนน

1) การกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเพื่อแปลผลการสัมภาษณ์ ได้กำหนดเกณฑ์แบบอิงเกณฑ์ของบลูม ที่เป็นเกณฑ์ตัดสินความรอบรู้ ความเชี่ยวชาญคล่องแคล่วของพฤติกรรมตามจุดประสงค์การเรียนรู้ (Bloom, 1968; อ้างอิงจาก ยศยันต์ ภูเมฆ, 2547) คือ

ร้อยละ 80-100 หรือเป็นค่าเฉลี่ย 4.00 -5.00 อยู่ในระดับสูง
 ร้อยละ 60-79 หรือเป็นค่าเฉลี่ย 3.00 -3.99 อยู่ในระดับปานกลาง
 น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือเป็นค่าเฉลี่ย 1.00 -2.99 อยู่ในระดับต่ำ
 ซึ่งค่าคะแนนจะพิจารณาทั้งคะแนนพฤติกรรมโดยรวมและคะแนนพฤติกรรม

รายด้าน ดังนี้

2) พฤติกรรมโดยรวม คือ พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีจำนวน 55 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 60 –300 คะแนน

ระดับสูง	อยู่ระหว่าง	220-275	คะแนน
หรือเป็นค่าเฉลี่ย 4.00 -5.00			
ระดับปานกลาง	อยู่ระหว่าง	165-219	คะแนน
หรือเป็นค่าเฉลี่ย 3.00 -3.99			
ระดับต่ำ	อยู่ระหว่าง	60-164	คะแนน
หรือเป็นค่าเฉลี่ย 1.00 -2.99			

3) พฤติกรรมรายด้าน ดังนี้

พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร มีจำนวน 20 ข้อคะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน

ระดับสูง	อยู่ระหว่าง	80-100	คะแนน
หรือเป็นค่าเฉลี่ย 4.00 -5.00			
ระดับปานกลาง	อยู่ระหว่าง	61-79	คะแนน

หรือเป็นค่าเฉลี่ย 3.00 -3.99

ระดับต่ำ อยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน

หรือเป็นค่าเฉลี่ย 1.00 -2.99

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมี 20 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน

ระดับสูง อยู่ระหว่าง 80-100 คะแนน

หรือเป็นค่าเฉลี่ย 4.00 -5.00

ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 61-79 คะแนน

หรือเป็นค่าเฉลี่ย 3.00 -3.99

ระดับต่ำ อยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน

หรือเป็นค่าเฉลี่ย 1.00 -2.99

พฤติกรรมด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาล มีจำนวน 15 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง

15 - 75 คะแนน

ระดับสูง อยู่ระหว่าง 60-75 คะแนน

หรือเป็นค่าเฉลี่ย 4.00 -5.00

ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 48-59 คะแนน

หรือเป็นค่าเฉลี่ย 3.00 -3.99

ระดับต่ำ อยู่ระหว่าง 15-47 คะแนน

หรือเป็นค่าเฉลี่ย 1.00 -2.99

เพื่อความชัดเจนมากขึ้นในการอธิบายผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เบาหวานผู้วิจัยได้กำหนด

คะแนนระดับสูง	หมายถึง	ปฏิบัติดี
คะแนนระดับปานกลาง	หมายถึง	ปฏิบัติพอใช้
คะแนนระดับต่ำ	หมายถึง	ปฏิบัติไม่ดี ควรแก้ไข

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 ทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ แบบวัดความรู้และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา นำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำและนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ

ตรวจสอบอีกครั้ง จำนวน 3 ท่าน ได้แก่แพทย์ประจำคลินิกเบาหวานครอบครัว 1 ท่าน เภสัชกรที่ดูแลด้านยารักษาผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติประจำคลินิกเบาหวาน 1 ท่าน

3.4.2 ทดสอบความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ในโปรแกรมสำเร็จรูป Spss ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ แบบวัดความรู้และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

3.4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการโปรแกรมสำเร็จรูป Spss ใช้ดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

3.4.3.1 ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.864

3.4.3.2 ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สูตรคูเดอร์ชาร์ดิสัน 20 (KR 20) ได้ค่า 0.715

3.4.3.3 ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.930

3.4.3.4 ทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าดังนี้

- 1) การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร ได้ค่า 0.728
- 2) การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายได้ค่า 0.740
- 3) การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยาได้ค่า 0.709

3.5 การทดลอง

3.5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการตรวจสอบปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

3.5.2 ระยะเตรียมการ

3.5.2.1 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

3.5.2.2 นำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ แจ้งเจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัว ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล และ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

3.5.2.3 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาล (ม.ราชธานี) จำนวน 5 ท่าน เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมทั้งมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ

3.5.2.4 เลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามลักษณะที่กำหนดไว้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ สามารถเข้าร่วมกิจกรรม และดำเนินการสู่มตัวอย่างตามขั้นตอนจนได้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 40 คนและผู้ป่วยเบาหวาน 40 คน

3.5.2.5 ผู้วิจัยพบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลองที่ห้องประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ระยะเวลาติดตามประเมินผล และระยะเวลาสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยการตอบรับ หรือการปฏิเสธจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการสุขภาพ ข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับจะนำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น

3.5.2.6 ผู้วิจัยมอบหนังสือขออนุญาตและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวาน หลังจากนั้นได้นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วยเบาหวานยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3.5.2.7 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ แบบวัดความรู้ และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.5.3 ขั้นตอนการ ดำเนินการ ดังนี้

ผู้ศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามแผนการทดลองใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งหมด 2 วัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.5.3.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้แก่ อสม. และผู้ป่วยเบาหวานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกันเก็บข้อมูลก่อนทดลองโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการประชุมชี้แจงในการสัมภาษณ์และขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3.5.3.2 จัดให้กลุ่ม อสม. ทดลองเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 1กลุ่ม 20 คน เข้าอบรม 1วันในห้องที่จัดไว้สามารถอบรมได้ไม่เกิน 25 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมสร้างเสริม

พลังอำนาจ 5 กิจกรรมในช่วงระยะเวลา 2 วัน และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลของค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 2 ครั้ง เป็นระยะก่อนทดลองและ 4 สัปดาห์โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.5.3.3 จัดให้กลุ่ม อสม. ควบคุมให้ปฏิบัติงานในดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามปกติโดยการมีเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานเป็นที่ปรึกษาแนะนำ

3.5.3.4 อบรมกิจกรรมในการ มีดังนี้

วันที่ 1 กิจกรรมการอบรม

1) ขั้นตอนที่ 1 การได้รับประสบการณ์

การสนทนาสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 1 ใช้สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ระยะเวลา 45 นาที/ครั้ง โดยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของเขตรับผิดชอบ ข้อจำกัดต่าง ๆ ด้านความรู้และทักษะที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นเพื่อให้รับรู้สถานะสุขภาพ ตามสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ดังนี้

1.1) ประชุมกลุ่มทดลองให้วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองใช้ระยะเวลา 45 นาที /ครั้ง

1.2) ประชุมกลุ่มทดลองโดยให้ตัวแทนกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติด้วยกระบวนการกลุ่ม ใช้สถานที่ ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ใช้ระยะเวลา 45 นาที

2) ขั้นตอนที่ 2 การระบุประสบการณ์

การสนทนาสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 2 ระยะเวลาห่างกัน 15 นาที (รับประทานอาหารว่าง) สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 1 ใช้สถานที่ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 20 คน ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที /ครั้ง โดยนำข้อมูลจากการสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 1 มาใช้ในกิจกรรมให้มีความรู้และมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยได้รับประสบการณ์จากการฟังความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนจัดกิจกรรมและประเมินผลการปฏิบัติดังนี้

การชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนใช้เป็นระยะเวลา 45 นาที โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเรื้อรังเป็นวิทยากร

การสาธิตการฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเบื้องต้นใช้เป็นระยะเวลา 60 นาทีทำเป็นฐาน ดังนี้

2.1) ประชุมกลุ่มทดลอง การชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนใช้เป็นระยะเวลา 45 นาที โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเรื้อรังเป็นวิทยากร

2.2) ประชุมกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลา 80 นาที /ครั้ง การสาธิตการฝึก

ปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเบื้องต้น ทำเป็นฐาน ดังนี้

ฐานที่ 1 การวัดน้ำหนัก ส่วนสูง และการคำนวณหาดัชนีมวลกาย BMI (Body Mass Index) ใช้ระยะเวลา 20 นาที ฐานที่ 2 การวัดสัญญาณชีพ ใช้ระยะเวลา 20 นาที

ฐานที่ 3 วิธีการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดการเจาะบริเวณปลายนิ้ว โดย DTX ใช้ระยะเวลา 20 นาที ฐานที่ 4 ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยประยุกต์ใช้แพทย์แผนไทย เช่น ฝึกสมาธิบำบัด SKT 20 นาที

วันที่ 2 การดำเนินกิจกรรม

3) ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ประสบการณ์

การสนทนาสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 3 ระยะเวลาห่างกัน 1 วัน สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 2 ใช้สถานที่ ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ครั้งละ 20 คน ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที / ครั้ง โดยให้ความรู้/ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานและส่งเสริมให้ อสม. ลงมือปฏิบัติตามแผนอย่าง ให้คำแนะนำดูแลช่วยเหลือด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จะได้ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้ให้กำลังใจและสนับสนุน อสม.ดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างต่อเนื่องดังนี้

3.1) อบรมเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการจัดการความเครียด และการใช้ยา และร่วมกันอภิปรายความรู้และความสามารถของตนเองในการแนะนำดูแลช่วยเหลือด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 45 นาที โดยมีแพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังเป็นวิทยากร

3.2) ฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเบื้องต้น โดยการแสดงบทบาทสมมติเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจับคู่ที่กำลังเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน 45 นาที โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมและประเมินผลการปฏิบัติ

4) ขั้นตอนที่ 4 การวางแผน

สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 4 ระยะเวลาห่างกัน 1 วัน สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 3 ใช้สถานที่ ดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มในแต่ละหมู่บ้านในเขตตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีวัตถุประสงค์ให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านตามสถานการณ์จริง และเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้ได้รับประสบการณ์ใหม่จากการปฏิบัติจริง ผ่านการคิดและการวิเคราะห์เพื่อวางแผนการพัฒนาตนเองในครั้งต่อไปโดย

4.1) สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 4 ระยะเวลาห่างกัน 15 นาที สร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 3 ใช้สถานที่ ดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มในแต่ละหมู่บ้านการปฏิบัติการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวาน

4.2) ประชุมกลุ่มโดยให้ตัวแทนกลุ่มทดลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การปฏิบัติด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นรายกลุ่ม 4 ครั้งละ 15 คน ใช้ระยะเวลา 45 นาที / ครั้งการเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจะได้ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติได้ให้กำลังใจและสนับสนุนดูแลกันอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

5) ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติ

หลังจากสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งที่ 4 การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านใช้สถานที่แต่ละหมู่บ้านใช้เวลาครั้งละ 60 นาทีต่อผู้ป่วยเบาหวานหนึ่งราย มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้และสามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ด้วยตนเอง พร้อมกับการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้แบบบันทึกระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเช้า DTX (Dextrostix) โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติเหมือนการฝึกปฏิบัติโดยทีมพี่เลี้ยงผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์

3.5.3.5 ระยะหลังการทดลอง

1) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับความรู้ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและในผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์ ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและวิเคราะห์ผลการศึกษา

2) การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด DTX (Dextrostix) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลองห่างจากระยะการทดลองวัด เดือนที่ 0, 4 สัปดาห์เพื่อเปรียบเทียบเปลี่ยนแปลงผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลองว่ามีระดับลดลงได้มากน้อยแตกต่างกันและวิเคราะห์ผลการศึกษานอกจากนี้ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาแล้ว ได้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดดังที่ได้กล่าวมาแล้วขั้นตอนในกลุ่มควบคุม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุมได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิดังนี้

3.6.1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

3.6.2 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด

3.6.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวานพิจารณาตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระโดยไม่มีผลเสียหรือเงื่อนไขใด ๆ ในกรณีที่ตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้มีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามแบบฟอร์มที่ผ่านการรับพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

3.6.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมแล้ว หากต้องการยุติการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

3.6.5 ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวานจะถูกเก็บเป็นความลับและผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคลไม่มีการระบุถึงผู้ตอบแบบสอบถามคนใดคนหนึ่ง โดยหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบในการรักษาความลับหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยมีวิธีการบันทึกข้อมูลเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์แล้วนำข้อมูลมาลงรหัสและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

3.7 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.7.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าไคสแคว์ (Chi-square test) และทดสอบค่าที (Independent t-test)

3.7.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าไคสแคว์ (Chi-square test) และทดสอบค่าที (Independent t-test)

3.7.3 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบค่าที (Paired t-test)

3.7.4 วิเคราะห์ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้และการรับรู้ความสามารถ

ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหลังทดลองและก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (Independent t-test)

3.7.5 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานหลังทดลองและก่อนการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลองโดยการทดสอบค่าที (Paired t-test)

3.7.6 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังทดลองและก่อนการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลอง วัดเดือนที่ 0 และ 4 สัปดาห์ โดยทดสอบด้วยสถิติ paired t test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลก่อ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

4.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีดังนี้

4.1.1.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงเท่ากันคือ ร้อยละ 95.0 อายุเฉลี่ย 53 ปี และ 54 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 95.0 และ 85.0 กลุ่มทดลองมีการศึกษาประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุม มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด ร้อยละ 30.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 และ 40.0 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 45.0 และ 70.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 10 ปี และ 9 ปี และวิธีการเข้าเป็น อสม. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ สมัครเอง ร้อยละ 75.0 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เพื่อน อสม.ชักชวน ร้อยละ 70.0 ดังตารางที่ 4.1

4.1.1.2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และ อาชีพ ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ส่วนรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาทขึ้นไป โดยในกลุ่มทดลอง มีร้อยละ 60 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 90 ทำให้รายได้ของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.028$ และวิธีการเข้าเป็นอสม. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สมัครเอง ร้อยละ 75 ในขณะที่กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่/เพื่อน อสม.ชักชวน ร้อยละ 70 ทำให้ 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.004$ (ตารางที่ 4.2) เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติ t-test พบว่า อายุ และระยะเวลา การเป็น อสม. ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. จำแนกตามกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ				
ชาย	1	5.0	1	5.0
หญิง	19	95.0	19	95.0
2. อายุ (ปี)				
อายุเฉลี่ย (ปี)	53		54	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	8		8	
อายุต่ำสุด – สูงสุด	40-68		42-69	
3.สถานภาพสมรส				
โสด	1	5.0	0	0.0
คู่	19	95.0	17	85.0
หม้าย หย่า / แยก	0	0.0	3	15.0
4.การศึกษา				
ประถมศึกษาตอนต้น	8	40.0	3	15.0
ประถมศึกษาตอนปลาย	3	15.0	5	25.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.0	6	30.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	5	25.0	5	25.0
อนุปริญญา / ปวส.	0	0.0	1	5.0
5.อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5.0	3	15.0
เกษตรกรรวม	10	50.0	8	40.0
ค้าขาย	2	10.0	3	15.0
รับจ้าง	0	0.0	2	10.0
งานบ้าน	7	35.0	4	20.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6.รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	40.0	2	10.0
5,000 – 10,000 บาท	9	45.0	14	70.0
มากกว่า 10,000 บาท	3	15.0	4	20.0
7.ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (นับถึง เมษายน 2553)				
เฉลี่ย (ปี)	10		9	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7		4	
ต่ำสุด – สูงสุด	3 – 25		3 - 18	
8.วิธีการเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน				
สมัครเอง	15	75.0	6	30.0
เจ้าหน้าที่ชักชวน	1	5.0	0	0.0
เพื่อน อสม.ชักชวน	4	20.0	14	70.0

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควส์

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1.เพศ							
ชาย	1	5.0	1	5.0			1.000
หญิง	19	95.0	19	95.0			
2.สถานภาพสมรส							
โสด หม้าย หย่า / แยก	1	5.0	3	15.0			0.605
คู่	19	95.0	17	85.0			
3.การศึกษา							
ประถมศึกษา	11	55.0	8	40.0	0.902	1	0.342
มัธยมศึกษาขึ้นไป	9	45.0	12	60.0			
4.อาชีพ							
เกษตรกร	10	50.0	8	40.0	0.404	1	0.525
ไม่ใช่เกษตรกร	10	50.0	12	60.0			
5.รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)							
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	40.0	2	10.0	4.800	1	0.028*
5,000 บาทขึ้นไป	12	60.0	18	90.0			
6.วิธีการเข้าเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน							
สมัครเอง	15	75.0	6	30.0	8.120	1	0.004*
เจ้าหน้าที่ / เพื่อนอสม.ชักชวน	5	25.0	14	70.0			

หมายเหตุ: เพศ สถานภาพสมรส ใช้สถิติ Fisher's exact test

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ - test

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper
อายุ	52.60	8.05	53.50	8.12	-0.35	0.727	-6.08	4.28
ระยะเวลาการเป็น อสม.	10.20	6.95	8.95	3.90	0.70	0.487	-2.36	4.86

4.1.2 การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง

4.1.2.1 การรับรู้พลังอำนาจใจตนเอง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า

1) ความรับรู้ความสามารถในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้

กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง การรับรู้ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ 3 ลำดับแรก ในเรื่องมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลได้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งมั่นใจว่าสามารถให้การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ และ มั่นใจว่าสามารถพูดคุยแนะนำความรู้เรื่องโรคเบาหวานให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ค่าเฉลี่ย 3.75, 3.70 และ 3.60 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ที่ควรปรับปรุง 3 ลำดับ ในเรื่อง มีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านได้มั่นใจว่าจะยินดีให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านถึงแม้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของท่านค่าเฉลี่ย 3.00, 3.15 และ 3.20 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.4)

หลังการทดลอง มีการรับรู้ระดับปานกลางทุกข้อ โดยมีการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ มั่นใจว่าสามารถพูดคุยแนะนำความรู้เรื่องโรคเบาหวานให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องมั่นใจสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของท่านได้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ มั่นใจว่าสามารถให้คำแนะนำการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง ค่าเฉลี่ย 3.90, 3.90 และ 3.85 มีการรับรู้ในต่ำกว่าข้ออื่นในระดับปานกลางด้วยกัน คือ มั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านได้และ คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านไม่เป็นภาระ งานของ อสม.ที่มากเกินไป ค่าเฉลี่ย 3.50 เท่ากัน(ตารางที่ 4.4)

2) ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง

กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง มีการรับรู้ในระดับมาก คือ อสม.จะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างภาคภูมิใจ ค่าเฉลี่ย 4.00 การรับรู้ระดับปานกลาง 2 ลำดับแรก คือ ไม่รู้สึกท้อแท้ เป้าหมายกับการเป็น อสม.ที่จะต้องดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและ มั่นใจว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอสม. เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่น่าภาคภูมิใจและควรแก่การยกย่องนับถือค่าเฉลี่ย 3.95 และ 3.90 มีการรับรู้ควรปรับปรุง ในเรื่อง ในปัจจุบันให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบอย่างเต็มที่ และรู้สึกว่ามีความสามารถมากพอในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนค่าเฉลี่ย 3.40 และ 3.25 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.4)

หลังการทดลอง มีการรับรู้ในระดับมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ อสม.จะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างภาคภูมิใจรู้สึกท้อแท้ เป้าหมายกับการเป็น อสม.ที่จะต้องดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและ มั่นใจว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอสม.เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่น่าภาคภูมิใจและควรแก่การยกย่องนับถือค่าเฉลี่ย 4.15, 4.05 และ 4.00 ตามลำดับ มีการรับรู้ที่ควรปรับปรุงในเรื่อง รู้สึกว่าท่านไม่มีความสามารถมากพอในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.50 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.4)

3) การรับรู้ถึงความสามารถในเรียนรู้และพัฒนาตนเอง

กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง มีการรับรู้ระดับปานกลางทั้งหมด โดยมีการรับรู้ 3 ลำดับแรก ในเรื่อง มั่นใจว่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านจะช่วยให้มีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังมั่นใจว่าการได้รับประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้พัฒนาความสามารถจนเกิดความชำนาญและมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ค่าเฉลี่ย 3.95, 3.80 และ 3.75 ตามลำดับ มีการรับรู้ที่ควรปรับปรุงในเรื่อง มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะทำให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมั่นใจว่าการได้รับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านอย่างต่อเนื่องจะทำให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ย 3.50 และ 3.56 (ตารางที่ 4.4)

หลังการทดลอง มีการรับรู้ระดับมาก ในเรื่อง มั่นใจว่าการได้รับประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้พัฒนาความสามารถจนเกิดความ

ชำนานาค่าเฉลี่ย 4.00 รองลงมา คือ มั่นใจว่าประสบการณ์ที่ท่านได้รับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านจะช่วยให้มีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง ค่าเฉลี่ย 3.90 ส่วนการรับรู้ที่ควรปรับปรุง คือ มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านของท่านจะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ค่าเฉลี่ย 3.75 อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.4)

4) การรับรู้ถึงเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเอง

กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง มีการรับรู้ระดับปานกลางทั้งหมด โดยมีการรับรู้ 2 ลำดับแรก ในเรื่อง รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นการทำประโยชน์ที่มีคุณค่าในชีวิตและมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นค่าเฉลี่ย 3.85 เท่ากัน และมีการรับรู้ที่ควรปรับปรุงในเรื่องการได้รับประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ค่าเฉลี่ย 3.75 (ตารางที่ 4.4)

หลังการทดลอง มีการรับรู้ระดับมาก 3 ข้อ ได้แก่ รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นการทำประโยชน์ที่มีคุณค่าในชีวิตรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ต่อครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานและชุมชนและมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นค่าเฉลี่ย 4.25, 4.20 และ 4.20 ตามลำดับ มีการรับรู้ที่ควรปรับปรุงคือ คิดว่าการได้รับประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังค่าเฉลี่ย 3.20 (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การทดลองจำแนกรายข้อ

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้				
1. มั่นใจว่าสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง	3.30 (0.47)	ปานกลาง	3.65 (0.67)	ปานกลาง
2. มั่นใจว่าสามารถพูดคุยแนะนำความรู้เรื่องโรคเบาหวานให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง	3.60 (0.75)	ปานกลาง	3.90 (0.64)	ปานกลาง
3. มั่นใจว่าสามารถแนะนำการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เป็นที่เป็นโรคเบาหวานได้	3.55 (0.83)	ปานกลาง	3.75 (0.72)	ปานกลาง
4. มั่นใจว่าสามารถให้การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้	3.70 (0.80)	ปานกลาง	3.75 (0.44)	ปานกลาง
5. มั่นใจว่าสามารถให้คำแนะนำการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง	3.50 (0.69)	ปานกลาง	3.85 (0.37)	ปานกลาง
6. มั่นใจว่าสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการความเครียดของตนเองได้	3.45 (0.69)	ปานกลาง	3.75 (0.64)	ปานกลาง
7. มั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านได้	3.15 (0.67)	ปานกลาง	3.50 (0.61)	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและ
หลังการทดลองจำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
8.มั่นใจว่าจะยินดีให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านถึงแม้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน	3.20 (0.77)	ปานกลาง	3.65 (0.75)	ปานกลาง
9.คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านเป็นภาระงานของ อสม.ที่มากเกินไป	3.55 (0.76)	ปานกลาง	3.50 (1.00)	ปานกลาง
10.คิดว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	3.00 (0.73)	ปานกลาง	3.70 (0.73)	ปานกลาง
11.มั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของท่านได้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	3.75 (0.64)	ปานกลาง	3.90 (0.64)	ปานกลาง
ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง				
12.อสม.จะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างภาคภูมิใจ	4.00 (0.56)	มาก	4.15 (0.67)	มาก
13.การที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนทำให้มีบุคคลสนใจและยอมรับท่านมากขึ้น	3.45 (0.61)	ปานกลาง	3.75 (0.72)	ปานกลาง
14.คิดว่าในปัจจุบัน ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบอย่างเต็มที่	3.40 (0.88)	ปานกลาง	3.90 (0.72)	ปานกลาง
15.รู้สึกว่าไม่มีความสามารถมากพอในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	3.25 (1.02)	ปานกลาง	3.50 (1.15)	ปานกลาง
16.รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับการเป็น อสม.ที่จะต้องดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	3.95 (0.89)	ปานกลาง	4.05 (1.10)	มาก

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและ
หลังการทดลองจำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
17.มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานในชุมชน	3.75 (0.55)	ปานกลาง	3.65 (0.81)	ปานกลาง
18.มั่นใจว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนของอสม.เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่ ภาคภูมิใจและควรแก่การยกย่องนับถือ	3.90 (0.64)	ปานกลาง	4.00 (0.65)	มาก
การรับรู้ถึงความสามารถในการเรียนรู้และ พัฒนาตนเอง				
19.มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะทำให้ สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน	3.50 (0.61)	ปานกลาง	3.80 (0.62)	ปานกลาง
20.มั่นใจว่าการได้รับประสบการณ์จากการ ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วย พัฒนาความสามารถจนเกิดความชำนาญ	3.80 (0.70)	ปานกลาง	4.00 (0.56)	มาก
21.มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้	3.75 (0.44)	ปานกลาง	3.75 (0.44)	ปานกลาง
22.มั่นใจว่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการดูแล สุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านจะช่วยให้มี ความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง	3.95 (0.83)	ปานกลาง	3.90 (0.55)	ปานกลาง
23.มั่นใจว่าการได้รับประสบการณ์การดูแล สุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.55 (0.51)	ปานกลาง	3.85 (0.59)	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและ
หลังการทดลองจำแนกรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
29. คิดว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เบาหวานในชุมชนจะช่วยให้เป็นผู้นำการ เปลี่ยนแปลงที่ดีในเรื่องสุขภาพได้	3.80 (0.70)	ปานกลาง	3.85 (0.75)	ปานกลาง
การรับรู้ถึงเป้าหมายและความหมายในชีวิต ของตนเอง				
25. รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เป็นการทำประโยชน์ที่มีคุณค่าในชีวิต	3.85 (0.67)	ปานกลาง	4.25 (0.55)	มาก
26. รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ต่อ ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานและในชุมชน	3.80 (0.62)	ปานกลาง	4.20 (0.70)	มาก
27. คิดว่าการได้รับประสบการณ์จากการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนไม่มีประโยชน์ต่อการ ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกัน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	3.75 (1.10) (0.67)	ปานกลาง	3.20 (1.44) (0.55)	ปานกลาง
28. มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้	3.85 (0.67)	ปานกลาง	4.20 (0.70)	มาก
29. คิดว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เบาหวานในชุมชนจะช่วยให้เป็นผู้นำการ เปลี่ยนแปลงที่ดีในเรื่องสุขภาพได้	3.80 (0.70)	ปานกลาง	3.85 (0.75)	ปานกลาง

4.1.2.2 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1) เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.020$) ส่วนกลุ่มควบคุมการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.5

2) เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หรือหลังการทดลอง การรับรู้พลังอำนาจในตนเองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)		t	p-value	$\bar{d}$	95%CI ($\bar{d}$)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	3.61	0.33	3.82	0.32	2.53	0.020*	0.21	0.04	0.38
กลุ่มควบคุม	3.77	0.50	3.85	0.63	1.12	0.277	0.08	-0.07	0.22

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper
ก่อนทดลอง	3.61	0.33	3.77	0.50	1.21	0.235	-0.11	0.43
หลังทดลอง	3.82	0.32	3.85	0.63	0.17	0.862	-0.30	0.35

4.1.3 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

4.1.3.1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง มีความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ในเรื่อง บุคคลที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเบาหวานอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และ อสม.ควรให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเครียดอย่างไร ตอบถูกร้อยละ 100.0, 100.0, 90.0 และ 80.0 ตามลำดับ ส่วนที่ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย กินจุ น้ำหนักลดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังกินข้าวได้ 230 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อสม.ควรให้การดูแลอย่างไร ระดับน้ำตาลในเลือดที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและ ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนอาหารเมื่อตื่นเวลา

6.00 น.และรับประทานอาหารเข้าเวลา 7.30 น.ทุกวัน มีอาการเวียนหัว หน้ามืดช่วงเช้าน้อย ๆ จะให้คำแนะนำอย่างไร ร้อยละ 15.0, 20.0 และ 45.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.7)

หลังการทดลอง มีความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ในเรื่องผู้ป่วยรับประทานยาก่อนอาหารเมื่อตื่นเวลา 6.00 น.และรับประทานอาหารเข้าเวลา 7.30 น.ทุกวัน มีอาการเวียนหัว หน้ามืดช่วงเช้าน้อย ๆ จะให้คำแนะนำอย่างไรบุคคลที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเบาหวานอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และ อสม.ควรให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเครียดอย่างไร ตอบถูกร้อยละ 100.0, 100.0, 100.0 ,95.0 และ 85.0 ตามลำดับ(ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของ อสม.

กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ถูก	ร้อยละ	ถูก	ร้อยละ
1.ระดับน้ำตาลในเลือดที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน	4	20.0	10	50.0
2.บุคคลที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน	20	100.0	20	100.0
3.ยายแจ้ว มีอาการอ่อนเพลีย กินจุ น้ำหนักลด ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังกินข้าวได้ 230 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อสม.ควรให้การดูแลอย่างไร	3	15.0	5	25.0
4.อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	18	90.0	19	95.0
5.การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำควรทำอย่างไร(นำไปใช้)	15	75.0	15	75.0
6.อาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน	20	100.0	20	100.0
7.ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน	10	50.0	14	70.0
8.อสม.ควรให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเครียดอย่างไร	16	80.0	17	85.0

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของ อสม.
กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ถูก	ร้อยละ	ถูก	ร้อยละ
9.ยายแจ่วเป็นโรคเบาหวานมีอาชีพทำสวนชอบใส่รองเท้าแตะไปสวนและไม่ชอบใส่ถุงเท้าจะให้คำแนะนำอย่างไร	13	65.0	16	80.0
10.ยายแจ่วรับประทานยาก่อนอาหารเมื่อตื่นเวลา 6.00 น.และรับประทานอาหารเช้าเวลา 7.30 น.ทุกวัน มีอาการเวียนหัว หน้ามืดช่วงเช้าบ่อย ๆ ท่านจะให้คำแนะนำอย่างไร	9	45.0	20	100

4.1.3.2 เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

1) เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สูงขึ้นเฉลี่ย 1.40 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.8

2) เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานไม่แตกต่างกันส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p\text{-value}=0.018$) ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)		T	p-value	$\bar{d}$	95%CI ($\bar{d}$)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	6.40	0.99	7.80	1.01	4.92	<0.001*	1.40	0.80	2.00
กลุ่มควบคุม	6.55	1.50	6.75	1.59	0.54	0.592	0.20	-0.57	0.97

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper
ก่อนทดลอง	6.40	0.99	6.55	1.50	-0.37	0.712	-0.97	0.67
หลังทดลอง	7.80	1.01	6.75	1.59	2.50	0.018*	0.20	1.90

4.1.4 ประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

4.1.3.1 ประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเมื่อพิจารณารายชื่อ ในกลุ่มทดลอง พบว่า

1) การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยเบาหวาน

ก่อนการทดลอง มีความสามารถร้อยละ 80 ขึ้นไป ในเรื่อง การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และ การวัดความดันโลหิต ร้อยละ 100.0 และ 85.0 มีความสามารถไม่ถึงร้อยละ 50 ในเรื่อง การนับการหายใจ (มือยังคงจับอยู่ที่แขนผู้รับบริการ)การแปรผลอัตราชีพจร/หายใจการแปรผลค่าความดันโลหิตการแปรผลการประเมินดัชนีมวลกายการนับชีพจร และ การแปลผลค่าระดับน้ำตาลในเลือดร้อยละ 25.0, 25.0, 35.0, 40.0, 40.0 และ 40.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.10) หลังการทดลอง มีความสามารถร้อยละ 80 ขึ้นไป ทุกข้อ โดยมีความสามารถทุกคนในเรื่องการแปรผลการประเมินดัชนีมวลกายการคำนวณดัชนีมวลกายและ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

2) การให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการ

ก่อนการทดลอง มีความสามารถต่ำกว่าร้อยละ 80 ทุกข้อ โดยข้อที่ควรปรับปรุงในเรื่องการรับประทานยาและการสังเกตอาการผิดปกติ ร้อยละ 60.0 และ 65.0 หลังการทดลอง มีความสามารถร้อยละ 95.0 เท่ากันทุกข้อ (ตารางที่ 4.10)

3) การติดตามประเมินผลหลังจากการดูแล/แนะนำ/ช่วยเหลือในครั้งที่ผ่านมา

ก่อนการทดลอง มีความสามารถมากกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ การให้การดูแลแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ร้อยละ 95.0, 95.0 และ 85.0 ตามลำดับ ข้อที่ควรปรับปรุง คือ การสังเกตอาการผิดปกติ ร้อยละ 60.0

หลังการทดลอง มีความสามารถ ร้อยละ 95.0 ขึ้นไปทุกข้อ โดยข้อที่สามารถทำได้ทุกคน คือ การให้การดูแลแนะนำในเรื่อง การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการออกกำลังกาย (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของประเมินตนเองการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของ อสม. กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมินตนเองการรับรู้ความสามารถ ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ปฏิบัติได้	ร้อยละ	ปฏิบัติได้	ร้อยละ
1.การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยเบาหวาน				
1.1.การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	20	100.0	20	100.0
1.2.การคำนวณดัชนีมวลกาย	10	50.0	20	100.0
1.3.การแปลผลการประเมินดัชนีมวลกาย	8	40.0	20	100.0
1.4. การนับชีพจร	8	40.0	19	95.0
1.5.การนับการหายใจ (มียังคงจับอยู่ที่แขน	5	25.0	17	85.0
1.6. การแปลผลอัตราชีพจร/หายใจ	5	25.0	17	85.0
1.7. การวัดความดันโลหิต	17	85.0	19	95.0
1.8. การแปลผลค่าความดันโลหิต	7	35.0	18	90.0
1.9.การเจาะเลือดตรวจเบาหวานที่ปลายนิ้ว	13	65.0	16	80.0
1.10. การแปลผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด	8	40	19	95.0
2. การให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือที่เหมาะสม ตามความต้องการ				
2.1. เรื่องการรับประทานอาหาร	15	75.0	19	95.0
2.2. เรื่องการออกกำลังกาย	15	75.0	19	95.0
2.3. เรื่องการรับประทานยา	12	60.0	19	95.0
2.4. เรื่องการจัดการความเครียด	14	70.0	19	95.0
2.5. เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ	13	65.0	19	95.0

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของประเมินตนเองการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของ อสม. กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

การประเมินตนเองการรับรู้ความสามารถ ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ปฏิบัติได้	ร้อยละ	ปฏิบัติได้	ร้อยละ
3. การติดตามประเมินผลหลังจากการดูแล / แนะนำ /ช่วยเหลือในครั้งที่ผ่านมา				
3.1. เรื่องการรับประทานอาหาร	19	95.0	20	100.0
3.2. เรื่องการออกกำลังกาย	19	95.0	20	100.0
3.3. เรื่องการรับประทานยา	15	75.0	19	95.0
3.4. เรื่องการจัดการความเครียด	17	85.0	20	100.0
3.5. เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ	12	60.0	19	95.0
4. การวางแผนการดูแล/แนะนำ/ช่วยเหลือ ต่อเนื่องในครั้งต่อไป				
4.1. เรื่องการรับประทานอาหาร	18	90.0	19	95.0
4.2. เรื่องการออกกำลังกาย	18	90.0	19	95.0
4.3. เรื่องการรับประทานยา	14	70.0	19	95.0
4.4. เรื่องการจัดการความเครียด	17	85.0	20	100.0
4.5. เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ	13	65.0	19	95.0

4.1.4.2 เปรียบเทียบการประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยเบาหวานผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1) เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่ม
ทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน
ดังตารางที่ 4.11

2) เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง
กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการ
ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p\text{-value} = 0.031$) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบการประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมินการรับรู้ ความสามารถในการ ปฏิบัติการดูแล สุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)		t	p- value	$\bar{d}$	95%CI ($\bar{d}$)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	0.66	0.26	0.95	0.15	5.01	<0.001*	0.28	0.17	0.40
กลุ่มควบคุม	0.90	0.08	0.86	0.00	-1.88	0.076	-0.04	-0.09	0.00

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบการประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การประเมินการรับรู้ ความสามารถในการ ปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper
ก่อนทดลอง	0.66	0.26	0.90	0.08	-3.84	0.001*	-0.36	-0.11
หลังทดลอง	0.95	0.15	0.86	0.11	2.23	0.031*	0.01	0.18

4.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 87.5 และ 70.0 อายุเฉลี่ย 61 ปีเท่ากัน นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.5 และ 100.0 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.5 และ 62.5 อาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 42.5 และ 40.0 กลุ่มทดลองเป็นระยะเวลาเป็นเบาหวาน 1 - 4 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมระยะเวลาเป็นเบาหวาน 10 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 47.5 รายได้ครอบครัวต่อเดือน กลุ่มทดลอง มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 70 กลุ่มควบคุม มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 67.5 ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 90.0 และ 75.0 ขณะอยู่บ้านดูแลตนเอง ร้อยละ 65.0 และ 70.0 ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวาน ร้อยละ 85.0 และ 87.5 เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 95.0 และ 100.0 กลุ่มทดลองเคยได้รับความรู้จาก อสม.มากที่สุด ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ แพทย์/พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 55.0 และ 52.5 กลุ่มควบคุม ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ อสม.และแพทย์/พยาบาล ร้อยละ 70.0 และ 57.5 ดังตารางที่ 4.13

เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควส์ พบว่า เพศ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน การมีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานและการเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนรายได้ของครอบครัว ของกลุ่มทดลอง มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.0 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80 ซึ่งทำให้รายได้ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ (ตารางที่ 4.14) ส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ $t - \text{test}$ พบว่า อายุ และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	5	12.5	12	30.0
หญิง	35	87.5	28	70.0
2. อายุ (ปี)				
อายุเฉลี่ย(ปี)	61	97.5	61	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	11	2.5	10	
อายุดำสุด – สูงสุด	35-85		35-81	
3. ศาสนา		2.5		
พุทธ	39	87.5	40	100.0
คริสต์	1	2.5	0	0.0
4. การศึกษา		0.0		
ไม่ได้เรียน	1	5.0	6	1.5
ประถมศึกษา	35	0.0	25	62.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2.5	0	0.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	0		5	12.5
อนุปริญญา / ปวส. / ปวท.	2	10.0	0	0.0
ปริญญาตรี	0	42.5	4	10.0
ปริญญาโท	1	10.0	0	0.0
5. อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	4	7.5	6	15.0
แม่บ้าน	17	0.0	16	40.0
รับจ้าง	4		4	10.0
ค้าขาย				
รับราชการ	3		5	12.5
เกษตรกรรวม	0		2	5.0

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. เป็นเบาหวานมานาน (ปี)				
เฉลี่ย	9		9	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10		8	
ต่ำสุด – สูงสุด	1-44			
7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน(บาท)				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	28	70	8	20.0
5,000 – 10,000 บาท	9	22.5	27	67.5
มากกว่า 10,000 บาท	3	7.5	5	12.5
8. สิทธิในการรักษาพยาบาล				
เบิกได้	3	7.5	6	15.0
บัตรทอง 30 บาท	36	90	30	75.0
บัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม	1	2.5	4	10.0
9. ขณะอยู่บ้านใครเป็นผู้ดูแล				
ดูแลตนเอง	26	65.0	28	70.0
มีผู้ช่วยเหลือ	14	35.0	12	30.0
10. มีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ การควบคุมเบาหวาน				
ไม่มี	34	85.0		
มี	6	15.0		
11. เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน				0.0
ไม่เคย	2	5.0	0	100.0
เคย (ตอบได้มากกว่า ข้อ	38	95.0	40	30.0
ญาติพี่น้อง	9	22.5	12	70.0
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	24	60.0	28	22.5
เพื่อนบ้าน	6	15.0	9	25.0
เอกสาร / คู่มือ / แผ่นพับ	9	22.5	10	57.5
แพทย์ / พยาบาล	22	55.0	23	75.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	21	52.5	30	

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1.เพศ							
ชาย	5	12.5	12	30.0	3.660	1	0.056
หญิง	35	87.5	28	70.0			
2.ศาสนา							
พุทธ	39	97.5	40	100.0			1.000
คริสต์	1	2.5	0	0.0			
3.การศึกษา							
ไม่ได้เรียนกับประถมศึกษา	36	90.0	31	77.5	2.296	1	0.130
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	4	10.0	9	22.5			
4.อาชีพ							
ไม่ประกอบอาชีพ	4	10.0	6	15.0	3.996	4	0.407
แม่บ้าน	17	42.5	16	40.0			
รับจ้าง /ค้าขาย	7	17.5	9	22.5			
รับราชการ	0	0.0	2	5.0			
เกษตรกร	12	30.0	7	17.5			
5.รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)							
ต่ำกว่า 5,000 บาท	28	70.0	8	20.0	20.20	1	<0.001
5,000 บาทขึ้นไป	12	30.0	32	80.0	2		
6.สิทธิในการรักษาพยาบาล							
เบิกได้	3	7.5	6	1.5			0.481
บัตรทอง	37	92.5	34	85.0			
7.ขณะอยู่บ้านใครเป็นผู้ดูแล							
ดูแลตนเอง	26	65.0	28	70.0	0.228	1	0.633
มีผู้ช่วยเหลือ	14	35.0	12	30.0			
8.มีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวาน							
ไม่มี	34	85.0	35	87.5	0.105	1	0.745
มี	6	15.0	5	12.5			

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
9.เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน							
ไม่เคย	2	5.0	0	0.0	.		0.494
เคย	38	95.0	40	100.0			

หมายเหตุ: ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล และเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานใช้สถิติ Fisher's exact test

ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ t - test

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper
อายุ	60.85	10.52	60.90	9.63	-0.02	0.982	-4.54	4.44
เป็นเบาหวานมานาน (ปี)	8.93	9.52	9.38	7.59	-0.23	0.816	-4.28	3.38

4.2.2 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

4.2.2.1 ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารระดับสูง จากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 30 การออกกำลังกายจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 35.0 การใช้ยาลดระดับน้ำตาล จากร้อยละ 70.0 เป็นร้อยละ 95.0 และพฤติกรรมรวม 3 ด้าน จากร้อยละ 25.0 เป็นร้อยละ 52.5 ดังตารางที่ 4.17

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

1) การการควบคุมการบริโภคอาหาร

กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลองมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก 5 ลำดับแรก ในเรื่องหลีกเลี่ยงการดื่มประเภทยาอัดลม หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง หลีกเลี่ยงการดื่มนมกล่องชนิดหวาน ใช้

น้ำมันล้นเหลือมากกว่าน้ำมันปาล์ม และก่อนนอนหลีกเลี่ยงการดื่มขนมชนิดหวาน ค่าเฉลี่ย 4.60, 4.40, 4.18, 4.18 และ 4.15 ตามลำดับ ส่วนที่มีพฤติกรรมระดับน้อยในเรื่อง หากรับประทานขนมหวานจะลดปริมาณข้าวในอาหารมื้อนั้นลง เลือกดื่มนมจืดมากกว่านมหวาน พกถุงอมติดตัวไปมาตลอดเวลา เมื่อรู้สึกวิงเวียนเหงื่อแตกคล้ายจะเป็นลมรีบหาน้ำหวานดื่ม เลือกรับประทานฝรั่งแทนลำไยหรือเงาะ ค่าเฉลี่ย 2.35, 2.73, 2.80, 2.88 และ 2.90 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.16.)

หลังการทดลอง มีพฤติกรรมระดับมาก 6 ลำดับแรก ได้แก่ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังก่อนนอน หลีกเลี่ยงการดื่มขนมชนิดหวาน หลีกเลี่ยงการดื่มประเภทน้ำอัดลม หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ โอวัลติน โดยใส่น้ำตาล หลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้หวานจัด เช่น มะขามหวาน ลำไย และ หลีกเลี่ยงการดื่มขนมชนิดหวาน ค่าเฉลี่ย 4.65, 4.58, 4.33, 4.33, 4.25 และ 4.25 ตามลำดับ มีพฤติกรรมระดับน้อยเพียง 1 เรื่อง คือ หากรับประทานขนมหวานจะลดปริมาณข้าวในอาหารมื้อนั้นลง ค่าเฉลี่ย 2.20 ส่วนที่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง 3 ลำดับจากน้อยไปหามากในเรื่อง รับประทานฟักทองได้ตามต้องการ เลือกรับประทานฝรั่งแทนลำไยหรือเงาะ เลือกดื่มนมจืดมากกว่านมหวาน ค่าเฉลี่ย 3.00, 3.10 และ 3.33 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและ หลังการทดลองจำแนกรายข้อ

พฤติกรรมควบคุมการรับประทานอาหาร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
1. รับประทานอาหารผลไม้หวานจัด เช่น มะขามหวาน ลำไย ตามฤดูกาล	3.53 (0.88)	ปานกลาง	4.25 (0.71)	มาก
2. ก่อนนอนรับประทานนมกล่องชนิดหวาน	4.15 (1.03)	มาก	4.58 (0.64)	มาก
3. เมื่อรู้สึกวิงเวียน เหงื่อแตกคล้ายจะเป็นลม รีบหาน้ำหวานดื่ม	2.88 (1.45)	น้อย	3.48 (1.24)	ปานกลาง
4. พกถุงอมติดตัวไปมาตลอดเวลา	2.80 (1.57)	น้อย	3.43 (1.62)	ปานกลาง
5. ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง	4.40 (0.87)	มาก	4.65 (0.66)	มาก
6. หากต้องการรับประทานขนมหวาน จะลดปริมาณข้าวในมื้ออาหารมื้อนั้นลง	2.35 (1.21)	น้อย	2.20 (1.11)	น้อย

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและ หลังการทดลองจำแนกรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรมควบคุมการรับประทานอาหาร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
7.เลือกดื่มนมจืดมากกว่านมหวาน	2.73 (1.36)	น้อย	3.33 (1.56)	ปานกลาง
8.สามารถรับประทานอาหารฟักทองได้ตามต้องการ	3.00 (1.11)	ปานกลาง	3.00 (1.13)	ปานกลาง
9.สามารถรับประทานอาหารมะขามหวานได้ตาม ต้องการร่วมกับอาหารในแต่ละมื้อ	3.80 (0.91)	ปานกลาง	4.05 (0.75)	มาก
10.เมื่อต้องการรับประทานอาหารผลไม้ จะเลือก รับประทานอาหารฝรั่งแทนลำไยและเงาะ	2.90 (1.24)	น้อย	3.10 (1.34)	ปานกลาง
11.เลือกใช้ใช้น้ำมันถั่วเหลืองในการประกอบอาหาร แทนการใช้น้ำมันหมู	3.95 (1.28)	ปานกลาง	4.10 (0.98)	มาก
12.ดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ โอวัลติน โดยใส่น้ำตาล	4.05 (1.11)	มาก	4.33 (0.80)	มาก
13.หลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารรสหวานจัด	3.15 (1.31)	ปานกลาง	3.38 (1.35)	ปานกลาง
14.ไม่ควรรับประทานอาหารข้าวเหนียวเลยตลอดชีวิต	3.45 (1.06)	ปานกลาง	3.65 (1.10)	ปานกลาง
15.ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม	4.60 (0.67)	มาก	4.58 (0.78)	มาก
16.เลือกทำอาหารประเภท แกง ต้ม มากกว่า ผัดหรือทอด	4.10 (0.98)	มาก	3.90 (1.15)	ปานกลาง
17.ดื่มนมกล่องชนิดหวาน	4.18 (0.87)	มาก	4.25 (0.84)	มาก
18.เวลามีอาการหิวระหว่างมื้อ จะดื่มน้ำเปล่า แทนนมกล่อง	3.98 (1.19)	ปานกลาง	3.80 (1.20)	ปานกลาง
19.เมื่อไปตลาดจะเลือกซื้อน้ำมันถั่วเหลือง มากกว่าที่จะเลือกใช้น้ำมันปาล์ม	4.18 (1.04)	มาก	4.18 (1.06)	มาก
20.ประกอบอาหารประเภทผัดคะน้า ทอดปลา มากกว่าที่จะทำ นึ่งผัด จิ้มแจ่ว	3.58 (1.01)	ปานกลาง	3.85 (0.95)	ปานกลาง

2) การออกกำลังกาย

ก่อนการทดลอง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ หลีกเลียงการออกกำลังกายหลังอาหารทันที หลีกเลียงการออกกำลังกายพร้อมกับการดื่มน้ำหวานหลังออกกำลังกาย ไม่ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง หากไม่สะดวกไปออกกำลังกายนอกบ้าน จะเลือกเดินรอบบ้านเป็นวิธีออกกำลังกาย และทุกครั้งที่น้ำตาลเพิ่มสูงจะหลีกเลียงการออกกำลังกายให้หนักขึ้นและนานขึ้นกว่าเดิม ค่าเฉลี่ย 4.63, 4.53, 4.33, 4.13 และ 4.08 ตามลำดับ ส่วนที่มีพฤติกรรมระดับน้อย ได้แก่ เลือกออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย 2.33 ออกกำลังกายบางวันตอนเช้า บางวันตอนเย็นแล้วแต่มีเวลา ค่าเฉลี่ย 2.68 มีพฤติกรรมระดับปานกลาง 3 ลำดับจากน้อยไปหา มาก ได้แก่ หากมีปัญหาสุขภาพอื่นเช่น ไตวาย หอบหืด ข้ออักเสบ จะซักถามแพทย์ก่อนเสมอว่าออกกำลังกายได้หรือไม่ หลังออกกำลังกายประมาณ 20 นาทีจะอุ่นเครื่องเบาๆ ก่อนหยุดออกกำลังกายประมาณ 10 นาที และออกกำลังกายโดยการเดินไปวัดแทนการนั่งมอเตอร์ไซด์ ค่าเฉลี่ย 3.05, 3.15 และ 3.18 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.17)

หลังการทดลอง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ หลีกเลียงการออกกำลังกายหลังอาหารทันที 4.80 หลังออกกำลังกายไม่ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง 4.70 หลีกเลียงการออกกำลังกายหนัก เช่น วิ่งอย่างน้อยวันละ 10 กิโลเมตร หรือมากกว่า 2 ชั่วโมง 4.65 ทุกครั้งที่น้ำตาลเพิ่มสูงจะหลีกเลียงการออกกำลังกายให้หนักขึ้นและนานขึ้นกว่าเดิม 4.40 และ หลีกเลียงการออกกำลังกายพร้อมกับการดื่มน้ำหวาน 4.40 ค่าเฉลี่ย 4.80, 4.70, 4.65, 4.40 และ 4.40 ตามลำดับ ส่วนที่มีพฤติกรรมระดับน้อย ได้แก่ เลือกออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย 2.38 และ ออกกำลังกายบางวันตอนเช้า บางวันตอนเย็นแล้วแต่มีเวลา ค่าเฉลี่ย 2.55 มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง 2 ลำดับ ได้แก่ หลังออกกำลังกายประมาณ 20 นาทีจะอุ่นเครื่องเบาๆ ก่อนหยุดออกกำลังกายประมาณ 10 นาที ค่าเฉลี่ย 3.20 และ หากมีปัญหาสุขภาพอื่นเช่น ไตวาย หอบหืด ข้ออักเสบ จะซักถามแพทย์ก่อนเสมอว่าออกกำลังกายได้หรือไม่ ค่าเฉลี่ย 3.23 (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังการทดลองจำแนกรายข้อ

พฤติกรรมกาออกกำลังกาย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
1. ออกกำลังกายโดยการวิ่งอย่างน้อยวันละ 10 กิโลเมตร หรือมากกว่า 2 ชั่วโมง ขึ้นไป	3.88 (1.04)	ปานกลาง	4.65 (0.58)	มาก
2. ในการออกกำลังกายทุกครั้ง จะยืดเส้นคลาย	3.30	ปานกลาง	3.93	ปานกลาง
3.โดยปกติจะออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที	4.63 (0.84)	มาก	4.80 (0.56)	มาก
4.ออกกำลังกายโดยการเดินไปวัดแทนการนั่งมอเตอร์ไซด์	3.18 (1.66)	ปานกลาง	3.83 (1.30)	ปานกลาง
5.ทุกครั้งที่น้ำตาลเพิ่มสูง จะออกกำลังกายให้หนักขึ้นและนานขึ้นกว่าเดิน	4.08 (1.14)	มาก	4.40 (1.03)	มาก
6.หากไม่สะดวกไปออกกำลังกายนอกบ้าน จะเลือกเดินรอบบ้านเป็นวิธีออกกำลังกาย	4.12 (1.09)	มาก	4.20 (1.02)	มาก
7.หลังออกกำลังกาย เลือกดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังเสมอ	4.33 (0.86)	มาก	4.70 (0.61)	มาก
8.หลังการออกกำลังกาย ประมาณ 20 นาที จะอุ่นเครื่องเบาๆ/ ก่อนหยุดออกกำลังกายประมาณ 10 นาที	3.15 (1.41)	ปานกลาง	3.20 (1.27)	ปานกลาง
9.ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3.73	ปานกลาง	3.85	ปานกลาง
กล้ามเนื้ออ่อนก่อนเสมอ	(1.22)		(1.10)	

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและ หลังการทดลองจำแนกรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรมกาออกกำลังกาย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
10.ใน 1 สัปดาห์ ออกกำลังกายบางวันตอนเช้า บางวันตอนเย็นแล้วแต่จะมีเวลา	2.68 (1.31)	น้อย	2.55 (1.24)	น้อย
11.ออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ ประมาณ 30 นาที ก่อนนอนทุกวัน	3.85 (1.12)	ปานกลาง	4.03 (0.95)	มาก
12.เลือกที่จะออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง	2.33 (1.53)	น้อย	2.38 (1.41)	น้อย
13.เลือกวิธีออกกำลังกายในสิ่งที่เองชอบและคิดว่าปฏิบัติได้	3.48 (1.47)	ปานกลาง	3.75 (1.26)	ปานกลาง
14.ออกกำลังกายในสิ่งที่ตัวเองชอบและคิดว่าปฏิบัติได้	3.58 (1.32)	ปานกลาง	3.65 (1.35)	ปานกลาง
15.ออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนบ้านเป็นกลุ่มๆ มากกว่าออกกำลังกายคนเดียว	3.98 (1.14)	ปานกลาง	4.03 (1.25)	มาก
16.เมื่อทราบวาระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของลดลง มักจะหยุดออกกำลังกาย	3.90 (1.43)	ปานกลาง	3.78 (1.29)	ปานกลาง
17.มักจะออกกำลังกายไปพร้อมกับการดื่มน้ำหวานไปด้วยเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ	4.53 (0.88)	มาก	4.40	มาก
18.หากมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นร่วมด้าน เช่น ไตวาย หอบหืด ข้ออักเสบ เป็นต้น จะซักถามแพทย์ก่อนเสมอว่าออกกำลังกายได้หรือไม่	3.05 (1.63)	ปานกลาง	3.23 (1.49)	ปานกลาง
19.คิดว่าการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาล และไขมันได้มากขึ้นช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีเป็นการลดน้ำหนักอีกวิธีหนึ่ง	3.65 (1.25)	ปานกลาง	3.78 (1.29)	ปานกลาง
20.เมื่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเบาหวานสูงก็สามารถหยุดออกกำลังกายได้	3.60 (1.52)	ปานกลาง	3.93 (1.39)	ปานกลาง

3) การรับประทานยา

ก่อนการทดลอง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก 6 ลำดับแรกได้แก่หากลิ้มรับประทานยาก่อนอาหารในเวลาเช้าจะไม่รับประทานยาในมือถัดไปเพิ่มเป็น 2 เท่า กินยาโดยคำนึงว่าเป็นยาก่อนอาหารหรือหลังอาหารไม่นำมากินในครั้งเดียวหรือหลังอาหารทันทีหรือตามสะดวกไม่แลกเปลี่ยนยาเบาหวานกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเพื่อดูว่ายาชนิดใดลดระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากัน หากยาหมดก่อนวันนัดจะขอยาตัวเดียวกันกับเพื่อนมารับประทานก่อน เมื่อแพทย์สั่งลดปริมาณยาเบาหวานจะไม่กินยาขนาดเดิม และ ไม่ใช้ยาหม้อยาต้มสมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบาหวานร่วมกันหรือทดแทนการใช้ยาที่แพทย์ให้ค่าเฉลี่ย 4.75, 4.75, 4.73, 4.65, 4.65 และ 4.65 ตามลำดับ พฤติกรรมระดับน้อยไม่มี ส่วนพฤติกรรมระดับปานกลาง 3 ลำดับ ได้แก่ เมื่อยาที่รับประทานอยู่เปลี่ยนรูปร่าง สี กลิ่น จะนำยามาให้แพทย์ดู หากมีอาการผิดปกติหลังใช้ยาเบาหวานจะหยุดยาทันทีแล้วรอพบแพทย์ตามวันนัด และเมื่อไม่สบายจำเป็นต้องใช้อื่นร่วมกับยาเบาหวานจะปรึกษาแพทย์และเภสัชกร ค่าเฉลี่ย 3.15, 3.31 และ 4.33 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.18)

หลังการทดลอง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ ไม่แลกเปลี่ยนยาเบาหวานกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเพื่อดูว่ายาชนิดใดลดระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากันหากลิ้มรับประทานยาก่อนอาหารในเวลาเช้าจะไม่รับประทานยาในมือถัดไปเพิ่มเป็น 2 เท่าไม่ใช้ยาหม้อยาต้มสมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบาหวานร่วมกันหรือทดแทนการใช้ยาที่แพทย์ให้กินยาโดยคำนึงว่าเป็นยาก่อนอาหารหรือหลังอาหารไม่นำมากินในครั้งเดียวหรือหลังอาหารทันทีหรือตามสะดวก เมื่อแพทย์สั่งลดปริมาณยาเบาหวานจะไม่กินยาขนาดเดิม ค่าเฉลี่ย 4.98, 4.95, 4.93, 4.90 และ 4.90 ตามลำดับ พฤติกรรมระดับน้อยไม่มี พฤติกรรมระดับปานกลางมี 2 เรื่อง ได้แก่ เมื่อไม่สบายจำเป็นต้องใช้อื่นร่วมกับยาเบาหวานจะปรึกษาแพทย์และเภสัชกร ค่าเฉลี่ย 3.80 และ หากมีอาการผิดปกติหลังใช้ยาเบาหวานจะหยุดยาทันทีแล้วรอพบแพทย์ตามวันนัด ค่าเฉลี่ย 3.88 (ดังตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ
โรคเบาหวานด้านการรับประทานยา ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังการ
ทดลองจำแนกรายข้อ

พฤติกรรมการรับประทานยา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
1.หากยาหมดก่อนวันนัด มักจะไปชื้อยาตัวเดียวกันกับเพื่อนผู้ป่วยคนอื่นมารับประทานก่อน	4.65 (0.89)	มาก	4.83 (0.55)	มาก
2.ถ้าลืมรับประทานยาก่อนอาหารในเวลาเช้า มักจะรับประทานยาในมือถัดไปเพิ่มเป็น 2 เท่า	4.75 (0.63)	มาก	4.95 (0.32)	มาก
3.เมื่อยาที่รับประทานอยู่เปลี่ยนรูปร่าง สี กลิ่น มักนำยาดังกล่าว มาให้แพทย์ดู	3.15 (1.86)	ปานกลาง	4.65 (0.58)	มาก
4.ทุกครั้งที่ไม่มั่นใจว่าจะกินอย่างไร จะมาพบแพทย์เภสัชเพื่อขอรับคำปรึกษา	3.65 (1.73)	ปานกลาง	4.18 (1.28)	มาก
5.กินยาโดยไม่คำนึงว่าจะกินก่อนอาหารหรือหลังอาหารแต่นำมากินในครั้งเดียวกันหลังอาหารทันทีหรือตามเวลาที่สะดวก	4.75 (0.78)	มาก	4.90 (0.38)	มาก
6.ถ้ายาหมดก่อนวันนัด จะหยุดยาและรอให้ถึงวันนัดจึงมารับยาตามปกติ	4.28 (1.26)	มาก	4.68 (0.73)	มาก
7.ทุกครั้งผู้ป่วยและมารับบริการที่โรงพยาบาลจะนำยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำมาด้วยทุกครั้ง	3.70 (1.68)	ปานกลาง	4.00 (1.41)	มาก
8.หากมีอาการผิดปกติหลังใช้ยาเบาหวาน เช่น คันตามผิวหนัง จะหยุดยาทันที แล้วรอพบแพทย์ตามวันนัด	3.31 (1.76)	ปานกลาง	3.88 (1.49)	ปานกลาง
9.เมื่อไม่สบายจำเป็นต้องใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับยาเบาหวานจะปรึกษาแพทย์และเภสัชกรเสมอเบาหวาน จะปรึกษาแพทย์และเภสัชกรเสมอ	3.43 (1.66)	ปานกลาง	3.80 (1.47)	ปานกลาง

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานด้านการรับประทานยา ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังการทดลองจำแนกรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรมการับประทานยา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}(sd)$	แปลผล	$\bar{X}(sd)$	แปลผล
10.เตรียมพิกยาที่รับประทานเป็นประจำไปด้วยทุกครั้ง	4.28 (1.26)	มาก	4.13 (1.38)	มาก
11.เมื่อแพทย์สั่งให้เพิ่มปริมาณยาที่รับประทานแล้วจะรู้สึกหือแตก วูบ คล้ายจะเป็นลม จะลดปริมาณยาเองตามเดิมโดยไม่ปรึกษาแพทย์	4.63 (0.98)	มาก	4.75 (0.59)	มาก
12.เมื่อถึงวันนัดยาที่รับประทานยังเหลือ จะรับประทานต่อโดยไม่มาตามนัด	4.62 (0.85)	มาก	4.83 (0.68)	มาก
13.เมื่อแพทย์สั่งลดปริมาณยาเบาหวาน จะกินยาขนาดเดิมเพราะกลัวว่าน้ำตาลในเลือดจะสูง	4.65 (0.98)	มาก	4.90 (0.38)	มาก
14.เคยแลกเปลี่ยนยาเบาหวานกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเพื่อดูว่ายาชนิดใดลดระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากัน	4.73 (0.78)	มาก	4.98 (0.16)	มาก
15.ใช้ยาหม้อ ยาต้มสมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบาหวานร่วมกันหรือทดแทนการใช้ยาที่แพทย์ให้โดยไม่แจ้งแพทย์	4.65 (0.80)	มาก	4.93 (0.27)	มาก

4.2.2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง พบว่า การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาล และพฤติกรรมรวม 3 ด้าน หลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด ($p\text{-value} < 0.001$)(ตารางที่ 4.19)ส่วนกลุ่มควบคุมพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทุกด้าน และพฤติกรรมรวม 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.20)

2) เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาล และพฤติกรรมรวม 3

ด้าน ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.21) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาล และพฤติกรรมรวม 3 ด้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001, 0.003, 0.004 และ < 0.001 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
ภายในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการ ปฏิบัติในการดูแล ตนเอง	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	p-value	$\bar{d}$	95%CI ($\bar{d}$)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				Lower	Upper
1.การควบคุมการ รับประทานอาหาร	71.7	6.4	76.1	7.0	6.97	<0.001*	4.3	3.1	5.6
2.การออกกำลังกาย	73.0	7.2	77.0	6.2	6.91	<0.001*	4.1	2.9	5.2
3.การใช้ยาลด ระดับน้ำตาล	63.0	8.3	68.4	5.7	6.90	<0.001*	5.3	3.8	6.9
โดยรวม	207.7	16.3	221.4	14.7	11.15	<0.001*	13.7	11.2	16.2

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
ภายในกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการ ปฏิบัติในการดูแล ตนเอง	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	p-value	$\bar{d}$	95%CI ($\bar{d}$)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				Lower	Upper
1.การควบคุมการ รับประทานอาหาร	70.0	8.4	69.5	9.5	-0.48	0.635	-0.6	-3.0	1.8
2.การออกกำลังกาย	72.5	6.7	71.7	8.9	-0.65	0.522	-0.8	-3.4	1.8
3.การใช้ยาลดระดับ น้ำตาล	62.4	7.0	63.9	7.5	1.05	0.299	1.5	-1.4	4.5
โดยรวม	204.9	17.4	205.1	23.1	0.04	0.970	0.1	-6.6	6.9

ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการปฏิบัติใน การดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper
1.การควบคุมการ รับประทานอาหาร	71.7	6.4	70.0	8.4	1.02	0.312	-1.62	5.02
2.การออกกำลังกาย	73.0	7.2	72.5	6.7	0.31	0.761	-2.63	3.58
3.การใช้ยาลดระดับ น้ำตาล	63.0	8.3	62.4	7.0	0.35	0.729	-2.83	4.03
โดยรวม	207.7	16.3	204.9	17.4	0.74	0.464	-4.74	10.29

ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
หลังทดลองกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการปฏิบัติใน การดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper
1.การควบคุมการ รับประทานอาหาร	76.1	7.0	69.5	9.5	3.54	0.001	2.89	10.31
2.การออกกำลังกาย	77.0	6.2	71.7	8.9	3.12	0.003	1.93	8.77
3.การใช้ยาลดระดับน้ำตาล	68.4	5.7	63.9	7.5	2.98	0.004	1.47	7.38
โดยรวม	221.4	14.7	205.1	23.1	3.78	<0.001	7.73	25.02

4.2.3 ระดับน้ำตาลในเลือด

4.2.3.1 เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เฉลี่ย 28.7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) ส่วนกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.23

4.2.3.1 เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ระดับ น้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับ น้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) ดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับน้ำตาล ในเลือด	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	p-value	$\bar{d}$	95%CI ($\bar{d}$)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	167.8	67.5	139.1	31.6	3.14	0.003*	28.7	10.2	47.1
กลุ่มควบคุม	163.4	29.0	160.1	26.2	0.90	0.072	3.3	-4.2	10.9

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		t	p-value	95%CI	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper
ก่อนทดลอง	167.8	67.5	163.4	29.0	0.38	0.706	-18.71	27.51
หลังทดลอง	139.1	31.6	160.1	26.2	-3.22	0.002*	-33.86	-7.99

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มี 2 กลุ่ม คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้แก่ อสม. แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ภายใต้การดูแลของ อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน โดย อสม.กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์ มีการดำเนินกิจกรรม 5 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยประยุกต์ตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของบิชอป 5 ขั้นตอน (Bishop et al., 1988; อ้างอิงจากนิติยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) ผ่านการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มได้แก่ การได้รับประสบการณ์การระบุประสบการณ์ การวิเคราะห์ประสบการณ์ การวางแผนและการปฏิบัติโดยผ่านการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจร มีการคิดอย่างไตร่ตรอง เห็นความเชื่อมโยงของสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุ และการแก้ไขอย่างชัดเจน ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้ง ส่งผลให้เกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและนำไปสู่การมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพิ่มขึ้น

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิง เท่ากันคือ ร้อยละ 95.0 อายุเฉลี่ย 53 ปี และ 54 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 95.0 และ 85.0 กลุ่มทดลองมีการศึกษาประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุม มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด ร้อยละ 30.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 และ 40.0 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 45.0 และ 70.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 10 ปี และ 9 ปี และวิธีการเข้าเป็น อสม. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ สมัครเอง ร้อยละ 75.0 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เพื่อน อสม.ชักชวน ร้อยละ 70.0 เมื่อทดสอบข้อมูลทั่วไปดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และ ระยะเวลาการเป็นอสม. ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันและระยะเวลาการเป็น อสม. ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ส่วนรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาท ขึ้นไป โดยในกลุ่มทดลอง มีร้อยละ 60 ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีร้อยละ 90 ทำให้รายได้ของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.028$ และวิธีการเข้าเป็นอสม. กลุ่มทดลองส่วน

ใหญ่สมัครเอง ร้อยละ 75 ในขณะที่กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่/เพื่อน อสม.ชักชวน ร้อยละ 70 ทำให้ 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.004$

5.1.2 การรับรู้พลังอำนาจในตนเองของ อสม.

5.1.2.1 เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้ และการรับรู้รวม 4 ด้าน ($p\text{-value} = 0.016$ และ 0.02) ส่วนด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง และการรับรู้ถึงเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเอง ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุม การรับรู้ทุกด้าน ทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ยกเว้น การรับรู้ถึงความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.04$)

5.1.2.1 เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หรือ หลังการทดลอง การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ทุกด้าน ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

5.1.3 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของ อสม.

5.1.3.1 เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.40 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

5.1.3.2 เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุม

5.1.4 ประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

5.1.4.1 เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ประเมินการรับรู้รวม 4 ด้าน การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยเบาหวาน การให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการ การติดตามประเมินผลหลังจากการดูแล/แนะนำ/ช่วยเหลือในครั้งที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001, <0.001, 0.005, 0.017$ และ 0.022 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

5.1.4.1 เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีการประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีประเมินการรับรู้

ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในด้านการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยเบาหวาน และประเมินการรับรู้รวม 3 ด้าน ($p\text{-value} < 0.001$ และ 0.031)

5.1.5 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 และ 70.0 อายุเฉลี่ย 61 ปีเท่ากัน นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.5 และ 100.0 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.5 และ 62.5 อาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 42.5 และ 40.0 กลุ่มทดลองเป็นระยะเวลาเป็นเบาหวาน 1 - 4 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมระยะเวลาเป็นเบาหวาน 10 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 47.5 รายได้ครอบครัวต่อเดือน กลุ่มทดลอง มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 70 กลุ่มควบคุม มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 67.5 ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 90.0 และ 75.0 ขณะอยู่บ้านดูแลตนเอง ร้อยละ 65.0 และ 70.0 ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวาน ร้อยละ 85.0 และ 87.5 เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 95.0 และ 100.0 กลุ่มทดลองเคยได้รับความรู้จาก อสม.มากที่สุด ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ แพทย์/พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 55.0 และ 52.5 กลุ่มควบคุม ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ อสม.และแพทย์/พยาบาล ร้อยละ 70.0 และ 57.5 เมื่อทดสอบข้อมูลทั่วไปดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน การมีปัญหในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวาน และการเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ส่วนรายได้ของครอบครัว ของกลุ่มทดลอง มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.0 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80 ซึ่งทำให้รายได้ทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

5.1.6 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวาน

5.1.6.1 ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารระดับสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 30 การออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 35.0 การใช้ยาลดระดับน้ำตาล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.0 เป็นร้อยละ 95.0 และ พฤติกรรมรวม 3 ด้าน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.0 เป็นร้อยละ 52.5

5.1.6.2 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า

1) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง พบว่า การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาล และพฤติกรรมรวม 3 ด้านหลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานทุกด้านและพฤติกรรมรวม 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

2) เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาล และพฤติกรรมรวม 3 ด้านไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง พบว่า การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาล และพฤติกรรมรวม 3 ด้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001, 0.003, 0.004$ และ < 0.001 ตามลำดับ)

5.1.7 ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน

5.1.7.1 เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เฉลี่ย 28.7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

5.1.7.2 เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$)

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้าร่วมเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจ มีความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนหลังทดลองดีกว่าทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1, 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มอสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่ม อสม. ที่ไม่ได้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง อสม. ก่อนหรือหลังการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทุกด้านไม่แตกต่างกัน และการประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกาดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่ากลุ่ม อสม. ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกด้าน ส่วนด้านประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกาดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าอสม. ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยเบาหวาน และประเมินการรับรู้รวม 3 ด้านซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน 4, 5 และ 6 และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ภายใต้การดูแลของอสม. พบว่า มีพฤติกรรมกาดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7, 8 และ 9 และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับคำแนะนำจาก อสม. และติดตามเยี่ยมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 และ 11

ผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ว่าเนื่องจากการจัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ควรมีการปรับปรุงเนื้อหาและกระบวนการดำเนินงาน 2 ด้านดังนี้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองและด้านประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้นเพื่อให้วงจรการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการกลุ่มสำเร็จได้ โดยในขั้นแรกเริ่มจากการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับประสบการณ์ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมา ทำให้ได้เรียนรู้ประสบการณ์ที่เกิดจากการสะท้อนคิด จากมุมมองของประสบการณ์แต่ละคนที่แตกต่างกัน นำไปสู่การระบุประสบการณ์ถึงสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และเกิดการวิเคราะห์ประสบการณ์นั้น ๆ ว่ามีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในตนเอง จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ร่วมวางแผนจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนทั้งในเรื่องเนื้อหา กิจกรรม วันเวลา สถานที่และได้ปฏิบัติการอบรมตามแผนดังกล่าว กระบวนการที่เกิดขึ้นนี้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมุ่งมั่น มีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง (Reeve & Jang, 2006 cited in Cleary, Platten, & Nelson, 2008) การเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของผู้เรียน และให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์โดยใช้วิจารณ์ญาณเพื่อโยงปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลเข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุ การเกิดความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่หรือที่จะกระทำในอนาคตให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม (Arnold & Bruke, 1983; อ้างอิงจาก บุญเตือน เหลืองเลิศขจร, 2547) การได้รับการอบรมตามแผนที่ร่วมกันวางไว้นับได้ว่าเป็นประสบการณ์ใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้จากการบรรยาย การฝึกปฏิบัติในเรื่องของการวัดความดันโลหิต การประเมินดัชนีมวลกาย การจับชีพจร การนับอัตราการหายใจ การเจาะเลือดตรวจเบาหวานที่ปลายนิ้ว การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการให้คำแนะนำต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา รวมทั้งได้เรียนรู้ตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากการชมวีดิทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงสามารถระบุประสบการณ์โดยการอธิบายความคิด ความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรม ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความตระหนัก และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ แล้วจึงร่วมกันคิดวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามสภาพความเป็นจริงในชุมชนของตนเอง อันนำไปสู่การวางแผนร่วมกันเพื่อฝึก

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานพร้อมพี่เลี้ยงต่อไป วอเทอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้น นำไปสู่การวางแผนเพื่อพัฒนาตนเองให้มีทักษะด้านต่าง ๆ ตามเป้าหมายที่วางไว้ การฝึกการเยี่ยมบ้านพร้อมพี่เลี้ยงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับประสบการณ์ตรงจากสถานการณ์จริง เป็นการเข้าสู่วงจรใหม่ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับประสบการณ์จากการฝึกการเยี่ยมบ้านจากการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจร่างกาย การซักประวัติ และการสังเกต ทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ตนเองเยี่ยม นำไปสู่การวางแผนแก้ไข้ปัญหาเพื่อการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งการวางแผน การติดตามประเมินผล โดยมีทิมวียเป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างใกล้ชิดทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความอบอุ่นและมั่นใจในการปฏิบัติของตนเองนอกจากนี้การปฏิบัติดังกล่าว ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการยกย่องชื่นชมจากผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวที่รับการเยี่ยมภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่หนึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ประชุมกลุ่มร่วมกันเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองจากการปฏิบัติ เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และเพิ่มศักยภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะการเรียนรู้ที่เกิดจากสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกมั่นใจมากขึ้นเมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จ (Wallerstein & Bernstein, 1988) นำไปสู่การวิเคราะห์ประสบการณ์เยี่ยมบ้านในครั้งนี้ที่เกิดขึ้นเป็นการประเมินความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง เพื่อวางแผนและฝึกปฏิบัติในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจมากขึ้นต่อไปโดยการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านด้วยตนเองโดยไม่มีพี่เลี้ยง ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์ใหม่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเช่นนี้ต่อไปการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปเยี่ยมบ้านและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งการได้รับคำชื่นชมจากผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยม ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความมั่นใจในความรู้ และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมากขึ้น เกิดการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากการปฏิบัติที่เห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเองในทางที่ดีขึ้น ไม่ใช่การปฏิบัติอย่างเฉยแต่เปลี่ยนแปลงความคิดด้วยกระบวนการคิดอย่างไตร่ตรองไปสู่เป้าหมายของความสำเร็จในระดับที่สูงขึ้น และวางแผนพัฒนาไปตามนั้น (Cleary, Platten, & Nelson, 2008) ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการเรียนรู้ที่ซับซ้อน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจในเนื้อหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น (Osland, Kolb, & Rubin, 2001)

รวมทั้งเกิดความรู้สึกพึงพอใจและภาคภูมิใจในตนเอง เกิดพลัง มีแรงจูงใจให้เกิดมุมมองใหม่ มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน เป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ และพัฒนาตนเองให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง(สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2549; อ้างอิงจาก จันทิมา วิชกุล, 2551) กระบวนการเหล่านี้หากเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องซ้ำ ๆ ก็จะทำให้พลังอำนาจที่เกิดขึ้นเพิ่มขึ้นและคงอยู่ตลอดไป (Bishop et al., 1988; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) นอกจากนี้การใช้กระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย กระตือรือร้นคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม และการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ อยู่เสมอในทุกกิจกรรม มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ ความรู้สึกและทักษะ (Burke, 1983; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) เพราะกระบวนการกลุ่มจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงพลังสนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ (Arnold & Bruke, 1983; อ้างอิงจาก บุญเตือน เหลืองเลิศขจร, 2547) ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าและมีความถาวรกว่า (Jurmo, 1989; อ้างอิงจาก นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2548) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจุลศักดิ์ หน่อแก้ว (2547) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มแกนนำชุมชนและมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของบิสซอพร้อมกับการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม พบว่ากลุ่มแกนนำชุมชนและมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ มีการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาทุพโภชนาการ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหารโภชนาการในเด็ก 1-5 ปี ดีวก่อนการทดลองและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวดี สุวรรณ (2543) ที่พบว่าแกนนำสุขภาพครอบครัวที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เห็นคุณค่าของตนเองมีความเชื่อในความสามารถของตนเองและมีกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่าแกนนำสุขภาพครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การศึกษาของเชสตา (Shrestha, 2003) ที่ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงต่อการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโลแฟร์ร่วมกับการศึกษาแบบมีส่วนร่วม พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วรับรู้วิธีการคุมกำเนิด และมีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อบริการของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงเพิ่มขึ้น การศึกษาของจันทิมา วิชกุล (2551) ที่พบว่าแกนนำครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้นก่อนการทดลองและดีกว่าแกนนำครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของนงลักษณ์ พลแสนและสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล (2552) ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่ม

ทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้ต่อบทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและทำให้ อสม.กลุ่มทดลองสามารถให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ดียิ่งขึ้นทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ดีตามคำแนะนำของ อสม.

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ศึกษาปรับปรุงเนื้อหาและการดำเนินการโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อพัฒนา อสม.การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

5.3.2 ศึกษาติดตามประเมินผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมีระยะศึกษาสั้น 4 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาศักยภาพกลุ่มดังกล่าวให้มีความรู้ความเชื่อมั่น และมีทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาติดตามประเมินผลโปรแกรมในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น ในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพลังอำนาจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.3.4 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

5.3.5 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่งผลทำให้ผู้ป่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การดูแลของครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.4 การนำผลการวิจัยไปใช้

5.4.1 ควรมีการนำรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนไปประยุกต์ใช้สำหรับการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือกลุ่มที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น กลุ่มจิตอาสา กลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ กลุ่มผู้ดูแล เป็นต้น

5.4.2 ควรมีการนำรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสามารถนำมาเป็นนโยบายระดับสาธารณสุขอำเภอมาเป็นแนวทางปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กนกทอง สุวรรณบุลย์. อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2545.
- กฤษณา กองมณี. การสำรวจระดับความพึงพอใจของประชาชนเขตเทศบาลเมืองจันทบุรีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. การศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- กรมสุขภาพจิต. คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
- กิตติพงษ์ บัวติก. การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- กุลชลี เพ็ชรรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเองกับการรับรู้ความสามารถในตนเอง กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2548.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ. “อสม.ศักยภาพและยุทธศาสตร์ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง”, วารสารหมออนามัย. 17(3): 7-20; กรกฎาคม, 2552.
- จันทิมา วิชากุล. ผลของการสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2551.
- จินตนา รักเสรีจินดา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2544.
- จิรภา สุขสวัสดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2547.
- จุลศักดิ์ หน่อแก้ว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังกลุ่มแกนนำในการควบคุมภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 1-5 ปี ของจังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- จำรูล จันทรหอม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับ
การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลชุมชน
เขต13. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช, 2549.
- ฉลวย หนูจิตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมใน
ชุมชน อำเภอปัวจตุร จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- ธีรปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก
ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไพศาลี จังหวัด
นครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช, 2551.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. “เทคนิคการสร้างพลังส่งเสริมสุขภาพ”, วารสารการส่งเสริมสุขภาพและ
อนามัยสิ่งแวดล้อม. 24(2): 42-54; กรกฎาคม, 2548.
- ณัฐกฤตา ทูมวงศ์. การพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต
โรงพยาบาลคันโท อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. การศึกษาค้นคว้าอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- บรรพต เชาว์วัตร. โปรแกรมการสร้างพลังแก่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและอาสาสมัคร
สาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.
- บุญเลิศ โพธิชัย. การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพภาค
ประชาชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
- บุญเตือน เหลืองขจรเลิศ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ ความคาดหวังบน
ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมในการป้องกันการติดสารเสพติดในนักเรียน
มัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัย
บูรพา, 2547.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ปฐมพงศ์ พันธคง, ดนัย อุดมวงษ์ และนพรัตน์ ไพจิตรोजना. “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่वंก จังหวัตนครสวรรค์”, วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ. 21(2): 35-40; กันยายน, 2552.
- ประดิษฐ์พงษ์ อภิรัชตกุล. กระบวนการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คาชราบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยเชียงใหม, 2549.
- ประภา วุฒิกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, 2547.
- ประยุทธ์ แสงสุรินทร์. “พัฒนาการ อสม. และการสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่ 4”, วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ. 20(4): 7-14; สิงหาคม, 2552.
- ปริญญา ผกานนท์. การสร้างพลังแกนนำชุมชนเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลาย อำเภอทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- พริ้งพราว ไวยาวังมัย. ศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
- พัฒน์นรี รัตนอาจารย์. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเปรียบเทียบตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. การศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
- มาลี เกื้อนพคุณ. โปรแกรมการสร้างพลังกลุ่มแม่บ้านให้สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดโรคมาลาเรียในชุมชน จังหวัดเชียงใหม ประเทศไทย. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- มินตรา สารรักษ์. “การพัฒนาศักยภาพ อสม”, วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 12(1): 39 - 47; ตุลาคม 2553.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญยรัตน์พันธ์. (2549). “โรคเบาหวานในคนไทย”, สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย <http://hdl.handle.net/123456789/786>. 24 เมษายน, 2561.
- รวีวรรณ เผ่ากัณหา และคณะ. สถานการณ์ระบบการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลกรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2551.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- รัชนี้ สรรเสริญ. “ญาติผู้ดูแลชุมชนพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน”, วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 16(3): 1-13; ตุลาคม, 2551.
- วรภัทร ด้านบุญเรือง. การปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยเหลือครอบครัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสมาชิกครอบครัวที่พิการจากการเคลื่อนไหวในตำบลทุ่งงาน อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
- วนิดา วีระกุล. “การศึกษาทิศทางการพัฒนาระบบและกระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข”, วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน. 20 (10): 9-20; มกราคม, 2548.
- ศศิธร ใจไพรเขียว. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
- สุดา ดวงพระทัย. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเมืองกรณีศึกษาเทศบาลตำบลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2549.
- สุนิพร จุฑะโกสสิทธิ์กานนท์. ความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2551.
- อารี บุตรสอน. การศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 2546.
- เอกรินทร์ โปตะเวช. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2551.
- Bartlett, L. “Dialogue, knowledge, and teacher-student relations Freirean pedagogy in theory and practice comparative education review”, *The Comparative and International Education Society*. 49(3); 344-364; March, 2005.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Chandle, G. E. “The source and process of empowerment”, **Nursing Administration Quarterly**. 16(3): 65-71; spring, 1992.
- Cleary, T. J., Platten, P., & Nelson. “A Effectiveness of the self –regulation empowermentprogram with urban high school students” **Journal of Advanced Academics** . 20(1): 70–107; November, 2008.
- Gibson, C. H. “A concept analysis of empowerment”, **Journal Advanced Nursing**. 16(2): 354-361; August, 1991.
- Hage, A. M. & Lorensen, M. “A philosophical analysis of the concept empowerment; thefundament of an education-programme to the frail elderly”, **Nursing Philosoph**. 6(5): 235–246; July, 2005.
- Hokanson, H. “Empowerment in nursing education. A concept analysis and application tophilosophy learning and instruction”, **Journal of Advance Nursing**. 17(9): 610 – 623; January, 1992.
- I-chuan, M., Chih, L., & Cing-Min, C. “Relationship between personality traits, job satisfaction and job involvement among Taiwanese community”, **PublicHealth Nursing**. 24(3): 274; April, 2007
- Kauffman, K. S., & Myers, D. H. “The changing role of village health volunteers in Northeast Thailand: an ethnographic field study”, **International Journal of Nursing Studies**. 34(4): 249-255; May, 1997.
- Li-yu, W., Yin, T. J., & I-Chuan, L. “The effectiveness of empowering in-service training programs for foreign nurse aides in community based long-term care facilities”, **Public health Nursing**. 22(2): 147-155; May, 2005.
- Mok, E., & Martinson, I. “Empowerment of Chinese patients with cancer through self –help group in Hong Kong”, **Cancer Nursing**. 23(3): 206-213; july, 2001.
- Osland, J. S., Kolb, D. A., & Rubin, I. M. **Organization behavior: An experiential approach**. New Jersey: Prentice Hill, 2001.
- Rodwell, C. M. “An analysis of the concept of empowerment”, **Journal of advanced Nursing**. 23(6): 305-313; August, 1996.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Schofield, R. “Empwerment education for individuals with serious mental illness”, **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Services**. 36(11): 35-40; spring, 1988.
- Shrestha, S. “A conceptual model for empowerment of the female community healthvolunteers in Nepal”, **Education for Health**. 16(3): 318 – 327; spring, 2003.
- United Nations. (1950) “**World population ageing**”,
[http:// www.un.org/esa/population/publications/worldageing](http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing). May 10, 2018.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. “Empowerment education”, **Freire’s ideas adapted to,health education**. **Health Education Quarterly**. 15(4): 379-394; July, 2009.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนด้วยกันคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง

โปรดเติมข้อความลงในและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ ที่ตรงกับความจริงที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ หม้าย

☐ หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษาต้น

☐ ประถมศึกษาปลาย

☐ มัธยมศึกษาต้น

☐ มัธยมศึกษาปลาย/ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

5. อาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ ค้าขาย

☐ รับจ้าง

☐ งานบ้าน

☐ อื่นๆ ระบุ

6. รายได้ครอบครัว บาท/เดือน
- ☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,001 – 10,000 บาท
- ☐ มากกว่า 10,000 บาท
7. ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(นับถึง เมษายน 2553)
รวม.....ปี
8. วิธีการเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ☐ สมัครเข้าเอง
- ☐ เจ้าหน้าที่ชักชวน
- ☐ เพื่อน อสม.ชักชวน
- ☐ อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้พลังความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขอให้ท่านโปรดใส่เครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อโดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด
 มาก หมายถึง ที่ระบุตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านมาก
 ปานกลาง หมายถึง ข้อความที่ระบุตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านปานกลาง
 น้อย หมายถึง ที่ระบุตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านน้อยที่สุด

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่าน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้					
1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง					
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถพูดคุยแนะนำความรู้เรื่องโรคเบาหวานให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง					
3. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถแนะนำการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุที่เป็นที่เป็นโรคเบาหวานได้					
4. ท่านมั่นใจว่าสามารถให้การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้					
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถให้คำแนะนำการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง					
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวาน ในการจัดการความเครียดของตนเองได้					
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านได้					
8. ท่านมั่นใจว่าท่านจะยินดีให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านถึงแม้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน					
9. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านเป็นภาระงานของ อสม. ที่มากเกินไป					

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่าน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10. ท่านคิดว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน					
11. ท่านมั่นใจท่านสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของท่านได้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง					
ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง					
12. อสม.จะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างภาคภูมิใจ					
13. การที่ท่านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนทำให้มีบุคคลสนใจและยอมรับท่านมากขึ้น					
14. ท่านคิดว่าในปัจจุบันท่านให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบอย่างเต็มที่					
15. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีความสามารถมากพอในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน					
16. ท่านรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับการเป็น อสม.ที่จะต้องดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน					
17. ท่านมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน					
18. ท่านมั่นใจว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ของอสม. เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่น่าภาคภูมิใจและควรแก่การ ยกย่องนับถือ					
การรับรู้ถึงความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง					
19. ท่านมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะทำให้ท่านสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
20. ท่านมั่นใจว่าการได้รับประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้คุณพัฒนาความสามารถจนเกิดความชำนาญ					
21. ท่านมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านของท่านจะช่วยทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้					
22. ท่านมั่นใจว่าประสบการณ์ที่ท่านได้รับจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านจะช่วยให้คุณมีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกัน โรคเรื้อรัง					

การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่าน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
23. ท่านมั่นใจว่าการได้รับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านอย่างต่อเนื่องจะทำให้ท่านสามารถจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
24. ท่านมั่นใจว่าประสบการณ์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆต่อไป					
การรับรู้ถึงเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเอง					
25. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นการทำประโยชน์ที่มีคุณค่าในชีวิต					
26. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ต่อครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานและชุมชน					
27. ท่านคิดว่าการได้รับประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนไม่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง					
28. ท่านมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น					
29. ท่านคิดว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนจะช่วยให้คุณเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ดีในเรื่องสุขภาพได้					

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเครื่องหมาย X ในหัวข้อที่ถูกต้องที่สุด และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

1. ระดับน้ำตาลในเลือดเท่าไรถึงจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
 - ก. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - ข. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้ามากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - ค. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้ามากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - ง. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้ามากกว่า 90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. บุคคลใดที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
 - ก. นาย ก. มีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ หิวบ่อย กินจุ น้ำหนักลด และปัสสาวะบ่อย
 - ข. นาย ข. มีอาการมึนงง และปวดท้ายทอยบ่อยๆ
 - ค. นาย ค. มีอาการเจ็บบริเวณหน้าอกด้านซ้ายและเหนื่อยง่าย
 - ง. นาย ง. มีอาการเหนื่อยง่ายน้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว
3. ยายแจ้ว มีอาการอ่อนเพลีย กินจุ น้ำหนักลด ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังกินข้าวได้ 230 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อสม.ควรให้การดูแลอย่างไร
 - ก. เขียนใบส่งต่อไปโรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้นและแนะนำให้งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน
 - ข. แนะนำให้ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายสม่ำเสมอ และนัด 3 เดือนตรวจซ้ำ
 - ค. แนะนำให้ไปโรงพยาบาลทันที
 - ง. ถูกทุกข้อ
4. ข้อใดต่อไปนี้เป็นอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - ก. เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น มีเหงื่อออกมากตามตัว
 - ข. มึนงง อ่อนเพลีย
 - ค. เวียนศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน
 - ง. กล้ามเนื้อเกร็งเป็นตะคิว
5. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำควรทำอย่างไร(นำไปใช้)
 - ก. ให้ดื่มน้ำหวาน 1- 2 แก้ว แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาลหากอาการไม่ดีขึ้น
 - ข. รีบนำส่งโรงพยาบาลทันที
 - ค. ถ้าผู้ป่วยเรียกไม่รู้สีกตัวให้รีบกรอกน้ำตาลหวานทันที เพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด
 - ง. ไม่ต้องทำอะไรรอดูอาการก่อน

6. อาหารข้อใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน
 - ก. ข้าวคลุกกะปิ
 - ข. ข้าวมันไก่
 - ค. ก๋วยเตี๋ยวหมูเลี้ยง
 - ง. ปลาหนึ่ง
7. ข้อใดเป็นข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน
 - ก. ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อตรวจพบน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - ข. ขณะออกกำลังกายควรดื่มน้ำหวานด้วยเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - ค. ควรออกกำลังกายหลังอาหารทันทีเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - ง. ออกกำลังกายเมื่อพร้อม
8. อสม.ควรให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเครียดอย่างไร
 - ก. การพูดคุยและฟังอย่างตั้งใจ
 - ข. แนะนำการพึ่งธรรมและสมาธิ
 - ค. แนะนำให้หางานอดิเรกทำ
 - ง. ถูกทุกข้อ
9. ยายแจ้วเป็นโรคเบาหวานมีอาชีพทำสวนชอบใส่รองเท้าแตะไปสวนและไม่ชอบใส่ถุงเท้าท่านจะให้คำแนะนำอย่างไร
 - ก. ใส่รองเท้าหุ้มส้นและสวมถุงเท้าทุกครั้งไปสวนเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ และต้องทำความสะอาดเท้า เช็ดให้แห้งและตรวจเท้าอย่างละเอียดทุกวัน
 - ข. ใส่รองเท้าทุกครั้งเฉพาะเวลาที่~~จะ~~ออกนอกบ้านเวลา
 - ค. ถ้าเป็นแผลเล็กๆที่เท้าสามารถทำแผลเองได้ ไม่ต้องไปพบแพทย์
 - ง. ถูกทุกข้อ
10. ยายแจ้วรับประทานยาก่อนอาหารเมื่อตีเวลา 6.00 น.และรับประทานอาหารเช้าเวลา 7.30 น. ทุกวัน มีอาการเวียนหัว หน้ามืดช่วงเช้าบ่อย ๆ ท่านจะให้คำแนะนำอย่างไร
 - ก. รับประทานยาเบาหวานก่อนอาหารเวลา 7.00 น.
 - ข. สงสัยอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้งดยาเบาหวาน
 - ค. สงสัยจะมีภาวะน้ำตาลสูงควรเพิ่มยาที่รับประทานเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ
 - ง. ถูกทุกข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินตนเองการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องดังนี้
ที่ตรงกับความสามารถ ดังนี้

การปฏิบัติ	ความสามารถในการปฏิบัติ	
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
1.การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยเบาหวาน		
1.1.การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง		
1.2.การคำนวณดัชนีมวลกาย		
1.3.การแปลผลการประเมินดัชนีมวลกาย		
1.4. การนับชีพจร		
1.5.การนับการหายใจ (มีอย่างคงจ้อยู่ที่แขนผู้รับบริการ)		
1.6. การแปลผลอัตราชีพจร/หายใจ		
1.7. การวัดความดันโลหิต		
1.8. การแปลผลค่าความดันโลหิต		
1.9.การเจาะเลือดตรวจเบาหวานที่ปลายนิ้ว		
1.10. การแปลผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด		
2. การให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการ		
2.1. เรื่องการรับประทานอาหาร		
2.2. เรื่องการออกกำลังกาย		
2.3. เรื่องการรับประทานยา		
2.4. เรื่องการจัดการความเครียด		
2.5. เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ		
3. การติดตามประเมินผลหลังจากการดูแล /แนะนำ /ช่วยเหลือในครั้งที่ผ่านมา		
3.1. เรื่องการรับประทานอาหาร		
3.2. เรื่องการออกกำลังกาย		
3.3. เรื่องการรับประทานยา		
3.4. เรื่องการจัดการความเครียด		
3.5. เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ		
4. การวางแผนการดูแล/แนะนำ/ช่วยเหลือต่อเนื่องในครั้งต่อไป		
4.1. เรื่องการรับประทานอาหาร		
4.2. เรื่องการออกกำลังกาย		
4.3. เรื่องการรับประทานยา		
4.4. เรื่องการจัดการความเครียด		
4.5. เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ		

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล
แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () ตามความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ () ชาย () หญิง ☐
2. อายุ ปี ☐
3. ศาสนา
 - () พุทธ () คริสต์ ☐
 - () อิสลาม () อื่น ๆ ระบุ ☐
4. การศึกษาสูงสุด ☐
5. อาชีพ ☐
 - () ไม่ประกอบอาชีพ
 - () แม่บ้าน
 - () รับจ้าง ระบุลักษณะงาน
 - () ค้าขาย
 - () รับราชการ
 - () เกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน ฟาร์ม
 - () อื่นๆ ระบุ
6. เป็นโรคเบาหวานมานาน ปี ☐
7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน ☐
 - () ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,001 – 10,000 บาท
 - () มากกว่า 10,000 บาท
8. สิทธิบัตรในการรักษาพยาบาลในการมารับบริการแต่ละครั้ง ☐
 - () เบิกได้ () บัตรทอง 30 บาท
 - () บัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม () ไม่สามารถเบิกได้
9. ขณะอยู่บ้านใครเป็นผู้ดูแลท่าน ☐
 - () ดูแลตนเอง
 - () มีผู้ช่วยเหลือ เกี่ยวข้องเป็น

10. ท่านมีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานหรือไม่ อย่างไร

☐

() ไม่มี

() มี ระบุ

11. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานจากแหล่งใดบ้าง

☐

() ไม่เคย

() เคย จาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ญาติพี่น้อง

() อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

() เพื่อนบ้าน

() เอกสาร / คู่มือ / แผนพับ

() แพทย์ / พยาบาล

() เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

() อื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกาปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบซึ่งแต่ละคำตอบความหมายดังนี้

ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา มีความหมายดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 7 วัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 5 - 6 วัน
บางครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3 - 4 วัน
น้อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1 -2 วัน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ เลย

ด้านการออกกำลังกาย มีความหมายดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 5 วัน หรือมากกว่า
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3 - 4 วัน
บางครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 2 วัน
น้อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1 วัน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ เลย

การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร

ลำดับ	ข้อความ	ระดับพฤติกรรม					สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านรับประทานอาหารผลไม้ หวานจัด เช่น มะขามหวาน ลำไยตามฤดูกาล	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	☐ F1
2	ก่อนนอนท่านรับประทานนม กล่องชนิดหวาน						☐ F2
3	เมื่อท่านรู้สึกวิงเวียนเหงื่อแตก คล้ายจะเป็นลม ท่านรีบหา น้ำหวานดื่ม						☐ F3

การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ระดับพฤติกรรม					สำหรับ ผู้วิจัย
		ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	
4	ท่านพกถุงมืติดตัวไปมา ตลอดเวลา						☐ F4
5	ท่านดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง						☐ F5
6	หากท่านต้องการรับประทาน ขนมหวานท่านลดปริมาณข้าว ในมื้ออาหารมือนั้นลง						☐ F6
7	ท่านเลือกดื่มนมจืดมากกว่า นมหวาน						☐ F7
8	ท่านสามารถรับประทานผักทอง ได้ตามต้องการ						☐ F8
9	ท่านสามารถรับประทานมะขาม หวานได้ตามต้องการร่วมกับ อาหารในแต่ละมื้อ						☐ F9
10	เมื่อท่านต้องการรับประทาน ผลไม้ ท่านเลือกรับประทานฝรั่ง แทนลำไยและเงาะ						☐ F10
11	ท่านเลือกใช้น้ำมันถั่วเหลืองใน การประกอบอาหารแทนการให้ น้ำมันหมู						☐ F11
12	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ โอวัลติน โดยใส่น้ำตาล						☐ F12
13	ท่านหลีกเลี่ยง การรับประทาน อาหารรสหวานจัด						☐ F13
14	ท่านไม่ควรรับประทานข้าว เหนียวเลยตลอดชีวิต						☐ F14
15	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท น้ำอัดลม						☐ F15

การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ระดับพฤติกรรม					สำหรับ ผู้วิจัย
		ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	
16	ท่านเลือกทำอาหารประเภท แกง ต้ม มากกว่า ผัดหรือทอด						☐ F16
17	ท่านดื่มนมกล่องชนิดหวาน						☐ F17
18	เวลาเมื่อการหิระหว่างมือ ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนนมกล่อง						☐ F18
19	เมื่อท่านไปตลาดท่านเลือกซื้อ น้ำมันถั่วเหลืองมากกว่าที่จะ เลือกน้ำมันปาล์ม						☐ F19
20	ท่านประกอบอาหารประเภท ผัดคะน้า ทอดปลามากกว่าที่ จะทำนึ่งผัด จิ้มแจ่ว						☐ F20

การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย

ลำดับ	ข้อความ	ระดับพฤติกรรม					สำหรับ ผู้วิจัย
		ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	
1	ท่านออกกำลังกายโดยการวิ่งอย่างน้อยวันละ 10 กิโลเมตรหรือมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป						☐ F1
2	ในการออกกำลังกายทุกครั้งท่านจะยืดเส้นคลายกล้ามเนื้อก่อนเสมอ						☐ F2
3	โดยปกติท่านจะออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที						☐ F3
4	ท่านออกกำลังกายโดยการเดินไปวัดแทนการนั่งมอเตอร์ไซด์						☐ F4
5	ทุกครั้งที่มีน้ำตาตื้นเพิ่มสูงท่านจะออกกำลังกายให้หนักขึ้นและนานขึ้นกว่าเดิน						☐ F5
6	หากท่านไม่สะดวกไปออกกำลังกายนอกบ้านท่านเลือกเดินรอบบ้านเป็นวิธีออกกำลังกาย						☐ F6
7	หลังออกกำลังกายท่านเลือกดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังเสมอ						☐ F7
8	หลังการออกกำลังกาย ประมาณ 20 นาทีท่านจะอุ่นเครื่องเบาๆ/ก่อนหยุดออกกำลังกายประมาณ 10 นาที						☐ F8
9	ท่านออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์						☐ F9
10	ใน 1 สัปดาห์ท่านออกกำลังกายบางวันตอนเช้า บางวันตอนเย็นแล้วแต่จะมีเวลา						☐ F10
11	ท่านออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ ประมาณ 30 นาที ก่อนนอนทุกวัน						☐ F11
12	ท่านเลือกที่จะออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง						☐ F12
13	ท่านเลือกวิธีออกกำลังกายในสิ่งที่ตัวเองชอบและคิดว่าปฏิบัติได้						☐ F13

การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ระดับพฤติกรรม					สำหรับผู้วิจัย
		ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	
14	ท่านออกกำลังกายในสิ่งที่คุณชอบและ คิดว่าปฏิบัติได้						☐ F14
15	ท่านออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนบ้าน เป็นกลุ่มๆมากกว่าออกกำลังกายคนเดียว						☐ F15
16	เมื่อท่านทราบว่าระดับน้ำตาลในกระแส เลือดของท่านลดลงท่านมักจะหยุดออก กำลังกาย						☐ F16
17	ท่านมักจะออกกำลังกายไปพร้อมกับการดื่ม น้ำหวานไปด้วยเพื่อป้องกันภาวะ ขาดน้ำ						☐ F17
18	หากท่านมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นร่วมด้าน เช่น ไตวาย หอบหืด ข้ออักเสบ เป็นต้นท่าน ซักถามแพทย์ก่อนเสมอว่า ออกกำลังกายได้หรือไม่						☐ F18
19	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกาย เผาผลาญน้ำตาลและไขมันได้มากขึ้นช่วยให้ ระบบไหลเวียนเลือดดีเป็นการลดน้ำหนัก อีกวิธีหนึ่ง						☐ F19
20	เมื่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเบาหวาน สูงท่านสามารถหยุดออกกำลังกายได้						☐ F20

การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยา

ลำดับ	ข้อความ	ระดับพฤติกรรม					สำหรับผู้วิจัย
		ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
1	หากยาที่ท่านหมดก่อนวันนัดท่านมักจะไป ขอ ยาตัวเดียวกันกับเพื่อนผู้ป่วยคนอื่นมา รับประทานก่อน						☐ F1
2	ถ้าท่านลืมรับประทานยาก่อนอาหารในเวลาเช้า ท่านมักจะรับประทานยาในมื้อถัดไปเพิ่มเป็น 2 เท่า						☐ F2
3	เมื่อยาที่ท่านรับประทานอยู่เปลี่ยนรูปร่าง สี กลิ่น ท่านก็นำยาดังกล่าว มาให้แพทย์ดู						☐ F3
4	ทุกครั้งที่ไม่มั่นใจว่าจะกินอย่างไรท่านจะมาพบ แพทย์เภสัชเพื่อขอรับคำปรึกษา						☐ F4
5	ท่านกินยาโดยไม่คำนึงว่าจะเป็นยาก่อนอาหาร หรือหลังอาหารแต่นำมากินในครั้งเดียวกันหลัง อาหารทันทีหรือตามเวลาที่สะดวก						☐ F5
6	ถ้ายาหมดก่อนวันนัดท่านจะหยุดยาและรอให้ถึง วันนัดจึงมารับยาตามปกติ						☐ F6
7	ทุกครั้งที่ท่านป่วยและมารับบริการที่ โรงพยาบาลท่านจะนำยาที่รับประทานอยู่เป็น ประจำมาด้วยทุกครั้ง						☐ F7
8	หากท่านมีอาการผิดปกติหลังใช้ยาเบาหวาน เช่น ค้นตามผิวหนังท่านจะหยุดยาทันทีแล้วรอ พบแพทย์ตามวันนัด						☐ F8
9	เมื่อท่านไม่สบายจำเป็นต้องใช้ยาอย่างอื่น ร่วมกับยาเบาหวานท่านปรึกษาแพทย์และเภสัชกรเสมอ						☐ F9
10	ท่านเตรียมพกยาที่รับประทานเป็นประจำไปด้วยทุกครั้ง						☐ F10

การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยา (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ระดับพฤติกรรม					สำหรับ ผู้วิจัย
11	เมื่อแพทย์สั่งให้ท่านเพิ่มปริมาณยา ที่รับประทานแล้วท่านรู้สึกเหงื่อ แตกวูบ คล้ายจะเป็นลมท่าน ลด ปริมาณยาเองโดยไม่ปรึกษา แพทย์	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	☐ F11
12	เมื่อถึงวันนัดยาที่รับประทานยัง เหลือท่านจะรับประทานต่อโดย ไม่มาตามนัด						☐ F12
13	เมื่อแพทย์สั่งลดปริมาณยาเบาหวาน ท่านจะกินยาขนาดเดิมเพราะกลัว ว่าน้ำตาลในเลือดจะสูง						☐ F13
14	ท่านเคยแลกเปลี่ยนยาเบาหวานกับ เพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเพื่อดูว่ายาชนิด ใดลดระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากัน						☐ F14
15	ท่านใช้ยาหม้อ ยาต้มสมุนไพรเพื่อ รักษาโรคเบาหวานร่วมกันหรือ ทดแทนการใช้ยาที่แพทย์ให้โดยไม่ แจ้งแพทย์						☐ F15

ภาคผนวก ข
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ชื่อข้อเสนอการวิจัย ภาษาไทย	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ชื่อข้อเสนอการวิจัย ภาษาอังกฤษ	THE EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM FOR HEALTH CARE VOLUNTEERON DIABETES PATIENTS.
รหัสข้อเสนอการวิจัย	UBU - REC - 17 / 2561
สังกัด	คณะเภสัชศาสตร์
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวจุฑามาศ นักบุญ
หมายเลขใบรับรอง	UBU - REC - 17 / 2561
วันที่ให้ใบรับรอง	25 พฤษภาคม 2561
วันหมดอายุใบรับรอง	26 พฤษภาคม 2562

ข้อเสนอการวิจัยดังกล่าวนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่า ข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการ มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นงเล็ก คุณวรดิษฐ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

25 พค 2561

หนังสือแสดงเจตนายินยอมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าว
และเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้า
ร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้อง
รับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับ
คำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ :

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย
และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษา พยาบาลที่
ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่
เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้น ระหว่าง
การวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือหากเกิด
ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาวจุฑามาศ นักบุญ
หมายเลขโทรศัพท์ 065-3252449 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 086-4710582

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึง
ลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

กรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้า ฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ประทับลายนิ้วมือขวา



พยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

()

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ:

- (1) พยานต้องไม่ใช่แพทย์หรือผู้วิจัย
- (2) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทน

หนังสือแสดงเจตนายินยอมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
 จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้า
 ร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้อง
 รับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับ
 คำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ :

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย
 และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกิจกรรมบริการและการรักษา
 พยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะ
 ไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้น ระหว่างการ
 วิจัยข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือหากเกิด
 ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาวจุฑามาศ นักบุญ
 หมายเลขโทรศัพท์ 065-3252449 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถ
 ติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ
 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 086-4710582

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว
 จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

กรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟัง
จนเข้าใจดีข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ประทับลายนิ้วมือขวา



พยาน (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

()

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ:

- (1) พยานต้องไม่ใช่แพทย์หรือผู้วิจัย
- (2) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทน

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุฑามาศ นักบุญ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 065 - 3252449

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในเขตรับผิดชอบของตนเองได้และช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้เรียนรู้ความสามารถในตนเองมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีสามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากงานวิจัยนี้โดยตรงแต่หากงานวิจัยนี้ได้ผลดีจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในเขตรับผิดชอบเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและชุมชนในพื้นที่ของท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะท่านเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของการวิจัยและเป็นกลุ่มประชาชนที่เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานที่มีส่วนในการรับประโยชน์จากการดำเนินงานและท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมดำเนินงานได้โดย การวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 20 ราย

ใช้เวลาในส่วนการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม 2 วัน

อาสาสมัครควรมีคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย

(1.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(2.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 3 ปีขึ้นไป

(3.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2

diabetes) (แบบกินยา) ในการดูแลอย่างน้อย 2 คน

(4.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาจากเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

เข้าร่วมปฏิบัติการกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยดังนี้

1. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานวิจัย 1 วัน ใช้สถานที่ ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน

2. อบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ใช้สถานที่ ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน ดังนี้

2.1 วันที่ 1 อบรมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเองและปฏิบัติตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน

2.2 วันที่ 2 อบรมเรื่องการรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียดและการใช้ยา

3. การปฏิบัติมีกิจกรรมลงปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดย อสม. ใช้สถานที่ แต่ละหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. เก็บรวบรวมแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดการอบรม 1 สัปดาห์

5. การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด DTX (Dextrostix) ในผู้ป่วยเบาหวานก่อนการอบรมและ 4 สัปดาห์

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยหากท่านเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมหรือตอบแบบสอบถามแล้ว ท่านรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมกิจกรรม หรือ ไม่ตอบแบบสอบถามได้ โดยจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการด้านสุขภาพของท่าน หรือไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการดำเนินงานในพื้นที่ของท่าน

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่องิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย นางสาว จุฑามาศ นักบุญ หมายเลขโทรศัพท์ 065-3252449 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ.....ไม่มี.....

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง.....ไม่มี.....

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่สำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 หมายเลขโทรศัพท์ 086-4710582 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ท่านสามารถติดต่อสำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุฑามาศ นักบุญ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 065 - 3252449

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของตนเองได้และช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้เรียนรู้ความสามารถในตนเองมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีสามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากงานวิจัยนี้โดยตรงแต่หากงานวิจัยนี้ได้ผลดีจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในเขตรับผิดชอบเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและชุมชนในพื้นที่ของท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะท่านเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของการวิจัยและเป็นกลุ่มประชาชนที่เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานที่มีส่วนในการรับประโยชน์จากการดำเนินงานและท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมดำเนินงานได้โดย การวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 40 ราย ใช้เวลาในส่วนของปฏิบัติการตามโปรแกรม 1 วัน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย

1.เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes)

2.มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดอายุ

3.มีระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลังติดต่อกัน 2 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษามากกว่า 126

4.เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย โรคจอประสาทตาเสื่อม ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในการศึกษา

5.ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์

6.การมองเห็นและการได้ยินปกติ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

7.กลุ่มควบคุมจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานตามปกติและกลุ่มทดลองจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยดังนี้

1.ประชุมชี้แจงการดำเนินงานวิจัย 1 วัน ใช้สถานที่ ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อ

2.อบรมเรื่องการรับประทานอาหาร,การออกกำลังกาย,การจัดการความเครียด และการใช้ยา 1 วัน ใช้สถานที่ ห้องอบรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อ

3. การปฏิบัติมีกิจกรรมลงปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดย อสม.ใช้สถานที่ แต่ละหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อระยะเวลา 4 สัปดาห์

4.เก็บรวบรวมแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวานภายหลังสิ้นสุดการอบรม 1 สัปดาห์

5.การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด DTX (Dextrostix) ในผู้ป่วยเบาหวานก่อนการอบรมและ 4 สัปดาห์

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยหากท่านเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมหรือตอบแบบสอบถามแล้ว ท่านรู้สึกอัดอัดใจ ไม่สบายใจ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมกิจกรรม หรือ ไม่ตอบแบบสอบถามได้ โดยจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการด้านสุขภาพของท่าน หรือไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการดำเนินงานในพื้นที่ของท่าน

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาวิจัย ท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย นางสาว จุฑามาศ นักบุญ หมายเลขโทรศัพท์ 065-3252449 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ.....ไม่มี.....

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง.....ไม่มี.....

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะ

บุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่สำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 หมายเลขโทรศัพท์ 086-4710582 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ท่านสามารถติดต่อสำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ภาคผนวก ค
Reliability

Reliability

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

1. ทดสอบแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.864	29

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
manage1	101.3500	86.766	.359	.861
manage2	101.0500	84.366	.375	.860
manage3	101.1000	80.621	.596	.853
manage4	100.9500	80.050	.658	.851
manage5	101.1500	82.450	.577	.855
manage6	101.2000	86.274	.266	.863
manage7	101.5000	85.211	.361	.860
manage8	101.4500	85.629	.276	.863
manage9	101.1000	88.621	.066	.869
manage10	101.6500	84.239	.403	.859
manage11	100.9000	83.568	.527	.856
sat12	100.6500	85.503	.415	.859
sat13	101.2000	85.642	.369	.860
sat14	101.2500	79.461	.629	.852
sat15	101.4000	91.832	-.140	.880
sat16	100.7000	85.905	.209	.866
sat17	100.9000	83.042	.677	.854
sat18	100.7500	86.724	.251	.863
know19	101.1500	85.397	.389	.860
know20	100.8500	81.187	.675	.852
know21	100.9000	85.674	.518	.858
know22	100.7000	80.432	.609	.853
know23	101.1000	85.147	.502	.858
know24	101.0500	82.787	.494	.857
goal25	100.8000	83.853	.475	.857
goal26	100.8500	82.661	.634	.854
goal27	100.9000	87.779	.060	.874
goal28	100.8000	87.537	.205	.864
goal29	100.8500	80.239	.755	.850

2. ทดสอบแบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.715	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
knowledge1	6.1500	3.608	.621	.642
knowledge2	5.8500	4.134	.467	.677
knowledge3	6.5500	4.576	.312	.703
knowledge4	5.7000	4.958	.074	.725
knowledge5	6.0000	3.895	.490	.670
knowledge6	5.9500	3.839	.554	.658
knowledge7	6.0500	3.839	.502	.668
knowledge8	5.8000	4.589	.228	.713
knowledge9	5.9500	4.892	-.015	.759
knowledge10	5.8500	4.134	.467	.677

3. ทดสอบแบบประเมินตนเองการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.930	25

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pracbody1	15.60	42.779	.000	.931
pracbody2	16.10	40.621	.290	.932
pracbody3	16.20	41.326	.186	.934
pracbody4	16.20	38.274	.684	.925
pracbody5	16.35	40.976	.282	.931
pracbody6	16.35	39.397	.571	.927
pracbody7	15.75	41.355	.274	.931
pracbody8	16.25	38.408	.681	.925
pracbody9	15.95	37.313	.874	.921
pracbody10	16.20	38.063	.720	.924
pracadviceA1	15.85	39.818	.493	.928
pracadviceA2	15.85	38.766	.690	.925
pracadviceA3	16.00	37.053	.895	.921
pracadviceA4	15.90	38.411	.712	.924
pracadviceA5	15.95	38.155	.725	.924
pracadviceB1	15.65	41.713	.352	.930
pracadviceB2	15.65	41.713	.352	.930
pracadviceB3	15.85	38.450	.750	.924
pracadviceB4	15.75	41.250	.296	.930
pracadviceB5	16.00	37.789	.767	.923
pracadviceC1	15.70	41.063	.411	.929
pracadviceC2	15.70	41.063	.411	.929
pracadviceC3	15.90	37.568	.866	.922
pracadviceC4	15.75	39.882	.597	.926
pracadviceC5	15.95	37.313	.874	.921

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

1. พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.1 การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.728	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
food1	65.9250	86.071	.216	.723
food2	64.9750	86.640	.201	.724
food3	66.7250	81.589	.314	.716
food4	67.2000	76.626	.439	.703
food5	64.9750	90.897	-.122	.743
food6	67.2750	85.846	.115	.732
food7	66.7750	73.820	.493	.696
food8	66.1750	94.456	-.281	.760
food9	65.2250	86.640	.193	.725
food10	66.6500	72.336	.703	.677
food11	65.7250	72.666	.689	.679
food12	65.9750	79.102	.353	.712
food13	66.7000	85.959	.045	.746
food14	66.3250	84.892	.123	.734
food15	65.0500	85.433	.225	.723
food16	65.7750	76.487	.520	.696
food17	64.9750	85.922	.279	.721
food18	65.9000	77.323	.394	.708
food19	65.6500	74.490	.586	.689
food20	65.5750	83.943	.280	.719

1.2 การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.740	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
exer1	67.6750	104.174	.181	.738
exer2	69.0000	93.487	.541	.709
exer3	67.1500	106.285	.227	.736
exer4	68.6000	91.579	.566	.705
exer5	67.9750	110.179	-.105	.762
exer6	68.0250	93.974	.583	.708
exer7	67.2250	105.102	.196	.737
exer8	68.7500	90.346	.580	.703
exer9	68.6500	92.797	.550	.708
exer10	69.1500	100.592	.268	.732
exer11	67.8500	107.413	.000	.753
exer12	69.5250	93.846	.514	.711
exer13	68.4500	91.997	.630	.702
exer14	68.2750	92.461	.584	.705
exer15	67.7750	109.615	-.080	.756
exer16	68.2500	111.833	-.161	.769
exer17	67.2500	104.910	.170	.738
exer18	68.6000	90.605	.485	.711
exer19	67.9500	95.382	.543	.712
exer20	68.5500	108.203	-.052	.764

1.3 การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.709	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
drug1	58.6250	64.292	.199	.705
drug2	58.9500	61.074	.316	.694
drug3	60.2250	51.410	.483	.669
drug4	59.6000	56.092	.385	.685
drug5	58.5750	63.584	.265	.700
drug6	58.8250	62.917	.179	.708
drug7	59.7500	56.449	.324	.695
drug8	60.3250	62.994	.049	.739
drug9	59.4750	50.769	.642	.644
drug10	59.1500	52.438	.621	.650
drug11	58.8250	62.558	.295	.697
drug12	58.9250	61.046	.264	.699
drug13	58.7500	62.962	.312	.697
drug14	58.4750	64.666	.340	.700
drug15	58.4250	65.943	.237	.706

ภาคผนวก ง

การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

การใช้สถิติ pair t-test และ t-test ข้อมูลต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) กรณีขนาดตัวอย่างน้อยกว่า 30 ต้องทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขมีจำนวนกลุ่มละ 20 คน ต้องทดสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติ Shapiro - wilk test ($n < 50$) ซึ่งจะยอมรับสมมติฐานว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ เมื่อค่า $p\text{-value} > 0.05$

1. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

1.1 การรับรู้พลังอำนาจใจตนเอง

1.1.1 กลุ่มทดลอง

การรับรู้พลังอำนาจใจตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ $p\text{-value} = 0.945$ และ 0.373

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
meanTotalPre	.152	20	.200*	.981	20	.945
meanTotalpo	.114	20	.200*	.950	20	.373

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

1.1.2 กลุ่มควบคุม

การรับรู้พลังอำนาจใจตนเองของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ $p\text{-value} = 0.315$ และ 0.165

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
meanTotalPre	.124	20	.200*	.946	20	.315
meanTotalpo	.155	20	.200*	.932	20	.165

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

1.2. ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

1.2.1 กลุ่มทดลอง

1.2.1.1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ $p\text{-value} = 0.128$ และ 0.107

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
knowlepre	.200	20	.035	.926	20	.128
knowlepo	.169	20	.137	.922	20	.107

a. Lilliefors Significance Correction

1.2.2 กลุ่มควบคุม

1.2.2.1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ $p\text{-value} = 0.120$ และ 0.113

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
knowlepre	.183	20	.079	.924	20	.120
knowlepo	.136	20	.200*	.923	20	.113

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2.2.2.1. การประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

1) กลุ่มทดลอง

การประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ $p\text{-value} = 0.058$ และ 0.079

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
meanPracTotalPre	.215	20	.016	.908	20	.058
meanPracTotalpo	.226	20	.009	.915	20	.079

a. Lilliefors Significance Correction

2) กลุ่มควบคุม

การประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วย
เบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ p-value = 0.146 และ 0.058

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
meanPracTotalPre	.165	20	.155	.929	20	.146
meanPracTotalpo	.226	20	.009	.908	20	.058

a. Lilliefors Significance Correction

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจุฑามาศ นักบุญ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547-2549 มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2549-2555 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2556-ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อ ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อ ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ (045) 854113