

A Pilot Study of The Effects of Home-Based Empowerment Program for Caregivers on Glycemic Control in Children with Poor Diabetic Control*

Sirisopa Chunyasing, Pornsri Sriussadaporn, Apawan Nookong,
Ochara Preungvate, Supawadee Likitmaskul

Corresponding author:

S. Chunyasing

E-mail: sisck@mahidol.ac.th

Sirisopa Chunyasing RN MNS

*Registered Nurse, Pediatric Nursing Division,
Nursing Department, Siriraj Hospital,
Bangkok, Thailand*

Pornsri Sriussadaporn RN MEd

*Associate professor, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Apawan Nookong RN PhD

*Assistant Professor, Department of Pediatric
Nursing, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Ochara Preungvate RN MSc

*Associate professor, Department of Pediatric
Nursing, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Supawadee Likitmaskul MD

*Associate professor, Faculty of Medicine Siriraj
Hospital, Mahidol University,
Bangkok, Thailand*

**Master thesis, Faculty of graduate
Studies, Mahidol University.*

J Nurs Sci S1 2011;29(2): 65-73

Abstract:

Purpose: to evaluate the effects of a home-based empowerment (HBE) program for caregivers on glycemic control in children with poor diabetic control (PDC).

Design: quasi-experiment one group pretest-posttest design

Methods: The subjects in the study were 15 caregivers of children with PDC aged 8 to 15 years. The development of the HBE program was based on Gibson's conceptual model. The program consisted of four steps including: 1) discovering reality - discovering the problems that caused diabetic children to not be able to control their blood sugar levels, 2) critical reflection - finding strategies to resolve the problems and to control blood sugar levels, 3) taking charge - deciding the appropriate care for diabetic children, and 4) holding on - maintaining the confidence in controlling blood sugar levels. The outcomes of the study were collected at the end of the program (a three-month period).

Main findings: The results showed that after attending the HBE program, caregivers demonstrated a statistically significant improvement in their care behavior. ($p < .05$) However, there was no statistical significance in levels of HbA1c. ($p > .05$) Seventy-three percent of caregivers were very satisfied with the HBE program.

Conclusion and recommendations: This study suggests that HBE programs should be implemented with caregivers of children with PDC. The program may also be appropriate for newly diagnosed children with diabetes. For further study, a HBE program, which is longer in duration should be implemented with a periodic evaluation of program outcomes.

Keywords: empowerment, caregivers, glycemic control, children with poor diabetic control, home-based program

การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลต่อการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี*

ศิริโสกา จรรยาสิงห์ พศศรี ศรีอัญญาพร อาภาวรรณ หนูคง
อัจฉรา เปื้องเวทย์ สุภาวดี ลิขิตมาศกุล

Corresponding author:

S. Chunyasing

E-mail: sisck@mahidol.ac.th

ศิริโสกา จรรยาสิงห์ RN MNS

พยาบาลวิชาชีพ

งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

พศศรี ศรีอัญญาพร RN MEd

รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

อาภาวรรณ หนูคง RN PhD

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อัจฉรา เปื้องเวทย์ RN MSc

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สุภาวดี ลิขิตมาศกุล MD

รองศาสตราจารย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

J Nurs Sci S1 2011;29(2): 65-73

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลต่อการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี

แบบการวิจัย: แบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดีอายุ 8-15 ปี จำนวน 15 คน โปรแกรมการสร้างพลังใจ พัฒนาจากแนวคิดการสร้างพลังใจของกิบสัน 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบความเป็นจริงที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2) การพิจารณาไตร่ตรอง ปัญหาที่พบอย่างมีเหตุผลและพิจารณาหาวิธีควบคุมเบาหวาน 3) การลงมือปฏิบัติ โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมในการควบคุมเบาหวาน และ 4) การคงไว้ซึ่งความมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติเพื่อควบคุมเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เก็บข้อมูลพฤติกรรมและการดูแลเด็กเบาหวานของผู้ดูแล ระดับ HbA1c ของเด็กและความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างพลังใจ ของผู้ดูแลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ (3 เดือน)

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังใจ ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กเบาหวานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่า HbA1c หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังใจ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผู้ดูแลร้อยละ 73.3 พึงพอใจมากต่อโปรแกรมการสร้างพลังใจ นี้

สรุปและข้อเสนอแนะ: ควรใช้โปรแกรมการสร้างพลังใจ นี้ สร้างพลังใจแก่ผู้ดูแลในการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดีและเด็กเบาหวานรายใหม่ การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายเวลาในการดำเนินการและติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: การสร้างพลังใจ ผู้ดูแล การควบคุมเบาหวาน เด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี การดูแลที่บ้าน

ความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจะป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติ เด็กเบาหวานจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ดีเพื่อให้เจริญเติบโตและมีพัฒนาการเต็มศักยภาพ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2546 พบว่ามีเด็กเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 17 และเด็กเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 22 เท่านั้นที่ประสบผลตามเป้าหมายของการรักษา¹ เด็กเบาหวานส่วนใหญ่ยังมี HbA1c มากกว่า 7% และยังมีเด็กที่ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนเกิดภาวะ Diabetic ketoacidosis เมื่อเด็กได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง เช่น สามารถฉีดอินซูลินให้ตนเองได้ รวมทั้งการควบคุมอาหาร เป็นต้น เพื่อควบคุมเบาหวานที่โรงพยาบาลแล้ว เด็กจะต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและมาตรวจตามนัดเป็นระยะๆ ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านแตกต่างจากการปฏิบัติขณะอยู่ในโรงพยาบาล เด็กจะต้องปรับตัวใหม่ให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต จากประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยพบว่า มีประเด็นปัญหาที่ทำให้เด็กเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เช่น การที่ผู้ดูแลไม่ได้ดูแลให้เด็กฉีดอินซูลินตรงตามเวลา ไม่ได้ตรวจจุดผิวหนังก่อนการฉีดว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ไม่ได้ดูแลเด็กให้รับประทานอาหารตรงเวลา การรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตในปริมาณมากเกินไปกว่าที่ควรจะได้รับ เป็นต้น นับได้ว่าผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลและควบคุมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของเด็กมากที่สุด เนื่องจากศักยภาพของเด็กแต่ละคนมีไม่เท่าเทียมกันและเด็กยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลร่วมกับพัฒนาความสามารถของเด็กไปพร้อมๆ กัน โดยพยาบาลมีบทบาทช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนและลงมือปฏิบัติในการดูแลที่จำเป็นซึ่งได้แก่การฉีดอินซูลิน การรับประทานอาหารสุขภาพ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพและการแก้ไขปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้อย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง

ตามความหมายของ “Empowerment” ที่ใช้ในงาน

วิจัยในประเทศไทยมีการใช้คำเรียกต่างๆ กัน เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเพิ่มพลังอำนาจ การสร้างพลัง การสร้างพลังใจ การเสริมสร้างพลังใจ การเสริมสร้างพลังใจ เป็นต้น โดยรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 2 ลักษณะ คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างและการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ เพื่อให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ สปรีตเซอร์ (Spreitzer)² ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้การเสริมแรงทางด้านจิตใจ ดังนั้นจึงใช้คำว่า “การสร้างพลังใจ” ส่วนกระบวนการการสร้างพลังใจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson)³ คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีโอกาสกำหนดแนวทางการดูแลเด็ก ตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตนเอง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเอง สามารถปรับวิถีชีวิตให้ดำเนินไปได้ตามปกติและสามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการสร้างพลังใจมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบความเป็นจริง (Discovering reality) 2) การพิจารณาไตร่ตรอง (Critical reflective) 3) การลงมือปฏิบัติ (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งความมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ (Holding on) การสร้างพลังใจในการดูแลเด็กโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ⁴ ซึ่งใช้โปรแกรมการสร้างพลังใจของมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยสนับสนุนให้นำกระบวนการการสร้างพลังใจมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลต่อการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี ซึ่งประกอบด้วยการประเมินการปฏิบัติตัวและปัญหาในการปฏิบัติโดยการติดตามเมื่อเด็กเบาหวานกลับไปอยู่ที่บ้านที่ช่วยให้เห็นปัญหาในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่จริงของเด็กได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อสร้างพลังใจร่วมกับให้คำแนะนำส่งเสริมการฝึกทักษะการดูแลเด็กเบาหวานพร้อมทั้งสนับสนุนในเรื่องการฉีดยาและการฝึกปฏิบัติอื่นๆ ให้เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิต การช่วยเหลือพร้อมทั้งวางแผนการดูแลเด็กเบาหวานร่วมกับผู้ดูแล ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการควบคุมเบาหวานในเด็กของผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแล ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี
2. ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแล ต่อระดับ HbA1c ของเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี
3. ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กเบาหวานต่อโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กที่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ระดับ HbA1c ของเด็กเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental one group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราชโดยเป็นเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี อายุ 6 - 15 ปี และได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลเด็กเบาหวานโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดทางสายโลหิต ให้การดูแลเด็กเบาหวานโดยไม่ได้รับการตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล และดูแลเด็กเบาหวานมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องผู้วิจัยไม่ได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ซึ่งมีจำนวน 37 คน แต่มีผู้สมัครใจและเข้าร่วมโครงการวิจัยครบถ้วนตามแบบแผนการวิจัยจำนวน 15 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 8 - 15 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลต่อการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี ประกอบด้วย
 - 1.1 คู่มือการสร้างพลังใจของผู้ดูแลในการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี ซึ่งผู้วิจัย

สร้างขึ้นตามแนวคิดกระบวนการสร้างพลังใจของกิบสัน³ เป็นแนวทางในการสร้างพลังใจแก่ผู้ดูแลเด็กเบาหวาน โดยจัดกระทำเป็นรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเบาหวานมีความมั่นใจและสามารถดูแลเด็กเบาหวานได้

1.2 แผนการให้คำแนะนำในโปรแกรมฯ ใช้ประกอบในการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำที่ให้แกผู้ดูแลในโปรแกรมฯ มีเนื้อหาเรื่องการฉีดอินซูลิน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

1.3 แบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเตรียมการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการโทรศัพท์เยี่ยม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกระดับ HbA1c แปลผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของการบำบัดรักษา ได้แก่ ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีมาก หมายถึง HbA1c < 7% ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดี หมายถึง HbA1c 7-8%

กลุ่มที่ 2 ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นตามเกณฑ์มาตรฐานของการบำบัดรักษา แต่เป็นที่น่าพอใจของผู้บำบัดรักษา ได้แก่ ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่น่าพอใจมาก หมายถึง HbA1c > 8% โดย HbA1c ลดลงจากเดิม > 2% เป็นที่น่าพอใจปานกลาง หมายถึง HbA1c > 8% โดย HbA1c ลดลงจากเดิม 1-2% เป็นที่น่าพอใจน้อย หมายถึง HbA1c > 8% โดย HbA1c ลดลงจากเดิม < 1% ไม่เป็นที่น่าพอใจ หมายถึง HbA1c > 8% โดย HbA1c เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นจากเดิม

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ (100 คะแนน) ในเรื่องการฉีดอินซูลิน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพและการแก้ไขปัญหาาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับเด็กเบาหวาน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 1 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้งให้ 0 คะแนน แปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็ก เป็น 6 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก (90-100 คะแนน) ระดับดี (80-89.99 คะแนน) ระดับพอใช้ (70-79.99 คะแนน) ระดับต้องปรับปรุง (60-

69.99 คะแนน) ระดับไม่ดี (50-59.99 คะแนน) และระดับไม่ดีเลย (น้อยกว่า 50 คะแนน)

2.3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กเบาหวานต่อโปรแกรม มี 12 ข้อ (36 คะแนน) ลักษณะคำตอบ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย แปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก (≥ 28 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (19 - 27 คะแนน) และพึงพอใจน้อย (≤ 18 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ .96

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กเบาหวานที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน นำมาคำนวณเพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (หมายเลข Si 548/2008) ผู้วิจัยขออนุญาตทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ วิจัย และการเก็บความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยชื่อในผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัยในภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาลของเด็กเบาหวานแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลต่อการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดีใช้ระยะเวลาดำเนินการรวม 12 สัปดาห์ แบ่งตามระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการ สัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเบาหวานเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แจ้งสิทธิ์การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจ เมื่อผู้ดูแลยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและการรักษาที่เด็กได้รับจากแฟ้มประวัติ ประเมินภาวะการควบคุมเบาหวานและพฤติกรรมในการดูแลเด็กเบาหวานของผู้ดูแลนัดหมายวันและเวลาผู้ดูแลที่สะดวกเพื่อเยี่ยมบ้านและการใช้โทรศัพท์ติดต่อ

2. ระยะดำเนินการ สัปดาห์ที่ 2 - 10

สัปดาห์ที่ 2 และ 10 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างพลังใจโดยการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เวลารั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมเพื่อติดตามการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กเบาหวานและติดตามภาวะน้ำตาลในเลือดจากผลการตรวจน้ำตาลในเลือดที่บ้านเป็นการติดตามต่อเนื่องและให้คำแนะนำเพิ่มเติมหากผู้ดูแลมีข้อสงสัยหรือต้องการคำแนะนำ

ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้โปรแกรมการสร้างพลังใจ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การค้นพบความเป็นจริง โดยผู้วิจัยประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว สภาพแวดล้อม ปัญหาและอุปสรรคของเด็กเบาหวานที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ ในเรื่องการฉีดยาอินซูลิน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพและการแก้ไขปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ผู้วิจัยช่วยผู้ดูแลในการค้นพบความจริงจากการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกทำให้ผู้ดูแลค้นพบความจริงในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เคยกระทำมา ขั้นตอนที่ 2) การพิจารณาไตร่ตรอง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลทบทวนการปฏิบัติเพื่อสะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างรอบคอบ พิจารณาลิขิตที่ปฏิบัติอยู่ด้วยเหตุผลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ช่วยให้มีทางเลือกในการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและจะเกิดขึ้นต่อไปได้อย่างเหมาะสมสำหรับสถานการณ์ของตนเองและเด็กเบาหวาน ขั้นตอนที่ 3) การลงมือปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถตัดสินใจดำเนินการต่างๆ ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น ตามประเด็นปัญหาที่พบ ขั้นตอนที่ 4) คือ การคงไว้ซึ่งความมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความเข้มแข็ง และความสามารถของตนเองในผู้ดูแล ทำให้เกิดการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะติดตามผลและสิ้นสุดโครงการวิจัย

ในสัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็ก โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กและผู้วิจัยบันทึกค่า HbA1c จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของเด็กเบาหวานเมื่อมาตรวจตามที่แพทย์นัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กเบาหวานใช้สถิติร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วย paired t-test และเปรียบเทียบค่า

เฉลี่ยของ HbA1c ก่อนกับหลังการทดลองด้วย Wilcoxon signed ranks test วิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแล คือ 62.38 และ 72.68 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็ก ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วย paired t-test พบว่าพฤติกรรมในการดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรมในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ n=15		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ n=15		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
โดยรวม	62.38	11.92	72.68	11.27	6.75*
รายด้าน					
การฉีดอินซูลิน	13.27	3.67	14.40	2.64	1.51
การรับประทานอาหาร	10.00	2.93	11.47	2.99	2.79
การออกกำลังกาย	2.67	1.63	3.47	2.29	1.46
การดูแลสุขภาพและการแก้ไขปัญหาระดับน้ำตาลฯ	36.17	8.89	42.97	7.79	6.52*

* $p < .05$

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กเบาหวานภายหลังผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยกลุ่มที่ 1 ค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ ดีและดีมาก ส่วนกลุ่มที่ 2 ผลยังน่าพอใจน้อย

ถึงไม่น่าพอใจตามความเห็นของผู้บำบัดรักษา ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กเบาหวาน จำแนกตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กเบาหวานภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	จำนวน (คน) n=15	ร้อยละ
กลุ่มที่ 1 (ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของการบำบัดรักษา)		
ดีมาก (HbA1c < 7 %)	2	13.33
ดี (HbA1c 7-8 %)	3	20.00
กลุ่มที่ 2 (ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของการบำบัดรักษา แต่เป็นที่น่าพอใจของผู้บำบัดรักษา) โดย		
เป็นที่น่าพอใจมาก (HbA1c > 8 % โดย HbA1c ลดลงจากเดิม > 2 %)	0	0.00
เป็นที่น่าพอใจปานกลาง (HbA1c > 8 % โดย HbA1c ลดลงจากเดิม 1-2 %)	1	6.67
เป็นที่น่าพอใจน้อย (HbA1c > 8 % โดย HbA1c ลดลงจากเดิม < 1 %)	5	33.33
ไม่เป็นที่น่าพอใจ (HbA1c > 8 % โดย HbA1c เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นจากเดิม)	4	26.67

การเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เด็กเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือด

(HbA1c) เท่ากับ 9.34 และ 8.96 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือด (HbA1c)	Median	X̄	SD
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	8.80	9.34	2.02
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	8.40	8.96	2.14

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วย Wilcoxon signed ranks test ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยของ

ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดของเด็กเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือด (HbA1c)	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ > หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	11	7.95	87.50	-1.563	.059
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ < หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4	8.12	32.50		

ความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อโปรแกรมฯ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีผู้ดูแลที่พึงพอใจมากและพึงพอใจปานกลาง โดยร้อยละ 73.3 พึงพอใจมากต่อโปรแกรมการ

สร้างพลังใจของผู้ดูแลในการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลในการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน) n=15	ร้อยละ	X̄	SD
พึงพอใจมาก	11	73.30	34.27	1.19
พึงพอใจปานกลาง	4	26.70	23.00	3.37

โดยระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าผู้ดูแลมีความเห็นว่าการมาเยี่ยมของพยาบาลไม่เป็นการรบกวนและทำให้เสียเวลา ร้อยละ 93.33 รวมทั้งเห็นด้วยมากที่มีพยาบาลมาเยี่ยมที่บ้าน และเห็นด้วยมากที่มีพยาบาลให้กำลังใจในการดูแลเด็กเบาหวานที่บ้าน ร้อยละ 86.67

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กที่บ้านในการดูแลด้านการฉีดอินซูลิน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและด้านการดูแลสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ⁴ ซึ่งทำการศึกษาในมารดาผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดีที่ได้รับการรักษาด้วย

ยาเคมีบำบัด โดยใช้โปรแกรมการสร้างพลังใจซึ่งสร้างจากแนวคิดการสร้างพลังใจของกิบสัน³ เช่นกัน พบว่าหลังได้รับการเสริมสร้างพลังใจตามโปรแกรมฯ มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของวรวิภา แซ่ฮ้อย⁵ ที่พบว่าการสร้างพลังใจมีผลต่อความสามารถในการดูแลของพ่อแม่เด็กวัยเรียนโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังใจผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กในสัปดาห์ที่ 4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าการสร้างพลังใจตามโปรแกรมฯ โดยใช้กระบวนการสร้างพลังใจ 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของกิบสัน³ โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเด็กเบาหวานเป็นรายบุคคลที่บ้านทำให้ได้เห็นสภาพแวดล้อมและวิธีการดูแลเด็กในสถานการณ์ที่เป็นจริง การมี

สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ทำให้สามารถเข้าถึงและประเมินสภาพปัญหาในการดูแลได้อย่างครอบคลุม ทำให้เข้าใจสภาพของปัญหาและสามารถช่วยให้ผู้ดูแลค้นหาวិธีการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ของตนเองได้ ผู้วิจัยมีบทบาทในการสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้ผู้ดูแลสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจโดยเฉพาะในพฤติกรรมบางอย่างที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนจากสิ่งที่เคยชินมาก่อน การที่ผู้ดูแลได้มีโอกาสมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการค้นพบความเป็นจริง ขั้นตอนการพิจารณาไตร่ตรอง เพื่อวางแผนการแก้ปัญหา ซึ่งการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ในขั้นตอนนี้ผู้ดูแลจะเริ่มรู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถของตนเองที่จะสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองได้ ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลได้ดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือกระทำการกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับเด็กเบาหวานตามที่ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นอกจากนี้การโทรศัพท์เยี่ยมเพื่อติดตามผลการดำเนินการทำให้ผู้ดูแลมีการทบทวนการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเช่นเดียวกับการศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ⁴ และวรรณษา แซ่อยู่⁵ ที่พบว่าเป็นการเพิ่มแรงบวกในการสร้างพลังใจในผู้ดูแล

การดำเนินการโดยเยี่ยมที่บ้านเพื่อให้เข้าใจปัญหาในสภาพการณ์ที่เป็นจริง และดำเนินการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล อธิบายได้ว่ากลยุทธ์ในการเยี่ยมบ้านมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ดูแล แสดงถึงความรู้สึกที่ดี ความห่วงใย ปรารถนาดีมีส่วนเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นและเกิดกำลังใจในการดูแลเด็กเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณันท์ สมณะ⁶ ซึ่งศึกษาถึงการสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าภายหลังได้รับการสร้างพลังใจตามโปรแกรมฯ ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กเบาหวานอย่างถูกต้องเหมาะสมมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ระดับ HbA1c ของเด็กเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าเด็กเบาหวาน

11 รายมีค่า HbA1c ลดลง และ 4 ราย มี HbA1c เพิ่มขึ้น โดยเด็กที่มีค่า HbA1c ในเลือดลดลงนั้นผู้ดูแลมีพฤติกรรม การดูแลที่ดีขึ้น หรือถูกต้องมากขึ้นตั้งแต่ช่วงแรกที่ดำเนินการสร้างพลังใจที่บ้าน แต่ในเด็กเบาหวานที่มีค่า HbA1c ในเลือดเพิ่มขึ้นนั้นผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กดีขึ้นแต่พบว่า HbA1c ของเด็กยังเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแก้ปัญหาการดูแลเพื่อควบคุมเบาหวานในเด็กเบาหวาน 4 รายนี้สามารถกระทำได้ในช่วงเดือนหลังของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่ค่า HbA1c ที่ได้เป็นผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่สะสมในช่วงระยะเวลา 3 เดือนซึ่งเป็นช่วงเวลาก่อนที่จะมีการแก้ไขปัญหในการดูแลเด็กให้ดีขึ้น ดังนั้นผล HbA1c ที่เพิ่มขึ้นอาจเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ ประกอบกับระยะเวลาในการสร้างพลังใจเป็นองค์ประกอบที่มีผลให้เกิดพลังใจอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 3 เดือนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ อาจจะสั้นสำหรับเด็กบางรายที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนโดยเฉพาะรายที่มีปัญหาข้อจำกัดในการดูแลเด็ก ดังเช่นการศึกษาของ Sengbusch และคณะ⁷ ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้และสร้างพลังใจแก่เด็กและบิดามารดาในการดูแลเด็กโดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน ทำให้เด็กควบคุมเบาหวานดีขึ้นมีผล HbA1c ลดลง ซึ่งระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ 3 เดือนตามเวลาที่เด็กมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา จึงอาจเป็นไปได้ที่ระยะเวลาดำเนินการตามโปรแกรมฯ ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง HbA1c ของเด็กบางราย

3. ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลต่อการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 93.33 เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้านไม่เป็นการรบกวนและไม่ทำให้เสียเวลา พึงพอใจมากที่มีพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน และให้กำลังใจในการดูแลเด็ก ซึ่งโดยรวมพบว่าร้อยละ 73.3 มีความพึงพอใจมากต่อโปรแกรมฯ เนื่องจากการไปเยี่ยมที่บ้านได้มีการนัดหมายวัน และเวลาที่ผู้ดูแลสะดวกทำให้มีโอกาสได้พูดคุยโดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา มีความเป็นส่วนตัวมากกว่าการพบกันที่คลินิก ผู้ดูแลสามารถพูดคุยและสอบถามได้อย่างสะดวกใจ ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลในการค้นหาสาเหตุของปัญหาได้อย่างตรงจุดในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง

สรุปและข้อเสนอแนะ

โดยสรุปโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลต่อการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี มีผลทำให้ผู้ดูแลเด็กเบาหวานมีพฤติกรรมเพื่อควบคุมเบาหวานของเด็กดีขึ้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่พึงพอใจมากต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระดับ HbA1c ในเด็กดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล คือ

1. ควรมีการสนับสนุนให้นำโปรแกรมการสร้างพลังใจของผู้ดูแลต่อการควบคุมเบาหวานที่บ้านในเด็กเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดีมาใช้ในการสร้างพลังใจในผู้ดูแลเด็กเบาหวานทั้งที่ควบคุมโรคไม่ดีและเด็กเบาหวานรายใหม่ และเพิ่มระยะเวลาดำเนินการตามโปรแกรมฯ และติดตามผลของโปรแกรมฯ เป็นระยะๆ และประเมินผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาว

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กและระดับ HbA1c รวมทั้งควรมีการศึกษาเชิงพรรณนาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก และปัจจัยทำนายที่มีผลต่อระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดของเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. Likitmaskul S, Wacharasindhu S, Rawdaree P, Ngarmukos C, Deerochanawong C, Suwanwalaikorn S, et al. Thailand Diabetes Registry Project: Type of Diabetes, Glycemic Control and Prevalence of Microvascular Complications in Children and Adolescents with Diabetes. J Med Assoc Thai. 2006; 89 (Suppl.1): s10-s6.
2. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. Acad Manage J. 1995; 38(5): 1442-65.
3. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J of Adv Nurs. 1995; 21: 1201-10.
4. Kanjana A. The effects of empowerment program on maternal caring behavior for children with leukemia undergoing chemotherapy (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2006. 121 p.
5. วรวิภา แซ่อยู่. ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552. 160 หน้า.
6. จารุพันธ์ สมณะ. การสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541. 120 หน้า.
7. Sengbusch S, Mller-Godeffroy E, Hger S, Reintjes R, Hiort O, Wagner V. Mobile diabetes education and care: intervention for children and young people with Type 1 diabetes in rural areas of northern Germany. Diabet Med. 2005; 23: 122-7.