



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

The Effect of Implementing Clinical Nursing Practice Guideline for Dietary Control on Dietary Control Behavior and Blood Sugar Level in Muslim Patients with Uncontrolled Diabetes

ฮามัดะ แวและ¹, ทิพมาส ชินวงศ์²

Hamedah Vaelaeh¹, Tippamas Chinnawong²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เขามารับการรักษาที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน โดยได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร 2) คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 3) แผนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมการควบคุมอาหาร เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ 3) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .001$) และ 2) ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารลดลงมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .001$) การศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในหน่วยงาน โดยมีการดัดแปลงและพัฒนาให้เหมาะสม

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

¹ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

¹ Naradhiwasrajanagarindra Hospital

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Abstract

This quasi-experimental research, two groups pre-post test design, were to evaluate the effect of implementing clinical nursing practice guideline for dietary control on dietary control behavior and blood sugar level in Muslim patients with uncontrolled diabetes, who attended at Naradhiwasrajanagarindra hospital was performed. The subjects were divided into two groups. The control group (n = 30) were received usual nursing care, and the experimental group (n = 30) were received clinical nursing practice guideline for dietary control, were 1) The clinical nursing practice guideline for dietary control 2) The booklet to promote dietary control for Muslim patients with uncontrolled blood sugar, and 3) The education plan to promote dietary control. The duration of this study was 8 weeks. Data collecting tools were 1) The Demographic and Health Data Collecting Form, 2) The Dietary Control Behavior Questionnaire, testing reliability used Cronbach's alpha coefficient and gained the result of 0.80 and 3) Blood Sugar Measurement Tool. Analyzed by descriptive statistics, Chi-square and t-test.

The study results were as follows: 1) Mean score of the dietary control behavior in the experimental group after receiving the clinical nursing practice guideline for dietary control was statistically significantly higher than before ($p < .001$) and higher than those in the control group ($p < .001$) 2) Mean score of the blood sugar level in the experimental group after receiving the clinical nursing practice guideline for dietary control was statistically significantly lower than before ($p < .001$) and higher than those in the control group ($p < .001$). This study there are suggestions. Clinical nursing practice guidelines should be used to promote the use of dietary control in Muslim patients with uncontrolled diabetes with adaptation and development.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Dietary control behavior, blood sugar level, Muslim patients with uncontrolled Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก โดยพบว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2552 มีจำนวน 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 415 ล้านคน ในปี 2558 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคนต่อปี (American Diabetes Association [ADA], 2017; International Diabetes Federation. [IDF], 2015). สำหรับประเทศไทย พบว่าประชากรไทยมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบผู้ป่วยเบาหวานแล้วกว่า 3.5 ล้านคน (Bureau of non communicable disease, division of disease control, 2012). ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเกือบร้อยละ 70 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Bureau of Policy and Strategies, Office of the Permanent Secretary, 2016) ทำให้มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ระบบประสาทและแผลเรื้อรังบริเวณเท้า (Diabetes Association of Thailand, 2014) ซึ่งเป็นสาเหตุของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของคนไทยอีกด้วย สำหรับจังหวัดนครราชสีมาซึ่งประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 83 เป็นมุสลิม โดยจากการเก็บข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปี 2013 - 2015 (Statistics of Narathiwat Provincial Health Office, 2013-2015) พบว่าชาวมุสลิมป่วยด้วยโรคเบาหวานคิดเป็น 70.20, 76.67, และ 80.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากถึงร้อยละ 68 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (Statistics of Naradhiwatrajanagarindra Hospital, 2016)



สาเหตุและปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีบริโภคนิสัยที่เคยชินกับการรับประทานอาหารที่บ้านที่มีแป้งและน้ำตาลสูง เช่น ชามม โรตีสานมปัง อินทผาลัม ผลไม้เชื่อม และชอบรับประทานอาหารที่มีกะทิและไขมันเป็นส่วนผสม เช่น ข้าวมัน นาดิตาแฉ กรณีนีมีงานบุญหรืองานเลี้ยงในสังคมมุสลิม มุสลิมทุกคนจะไปร่วมงานเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีวัฒนธรรมว่ามุสลิมทุกคนเป็นเครือญาติกันต้องช่วยเหลือกัน โดยอาหารในงานเลี้ยงส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีลักษณะหวานและมัน นอกจากนี้ชาวมุสลิมยังมีความเชื่อว่าการได้รับประทานอาหารหวานมัน ถือว่าเป็นการได้รับประทานอาหารเกียรติยศ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นในสังคมมาเป็นเวลานาน ซึ่งอาหารเหล่านี้ จะเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมอาหาร อาจส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และนำไปสู่ภาวะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Jaelao, Hayeetae, Thaipratam, Saree, Jaeyor, Nimak, et al., 2008)

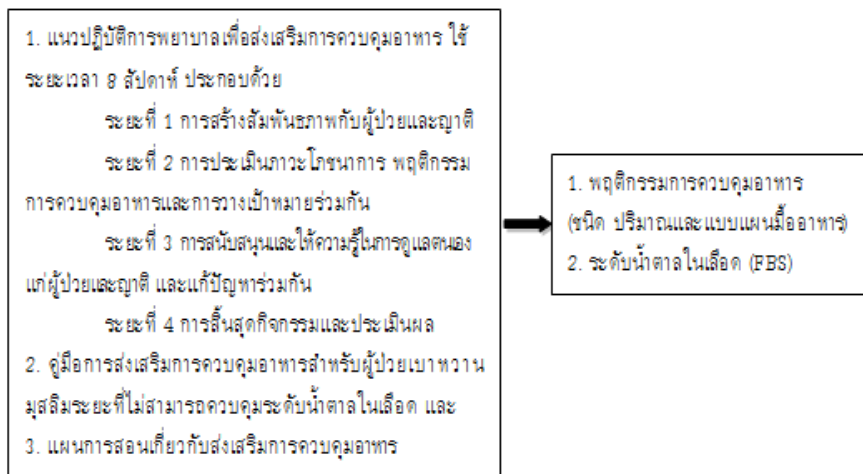
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในปัจจุบันมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Thungtong, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2015). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี (Boonpradit, Khampeng, & Wannachatisara, 2015). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าน้ำตาลสะสม และดัชนีมวลกาย (Kitcharoenchai, 2013) โปรแกรมการควบคุมอาหารเพื่อการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ Bunnan (2008) ซึ่งทั้งหมดล้วนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น แต่แนวปฏิบัติหรือโปรแกรมที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มิได้มีการนำไปใช้อย่างเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ซึ่งต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะในการดูแลภายใต้บริบทของวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ทั้งในด้านวัฒนธรรมประเพณีและวิถีชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารที่มีความสอดคล้องกับบริบทของวัฒนธรรมของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม โดยดัดแปลงจาก Chelaeh (2013) ที่ได้สร้างจากการสังเคราะห์วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและการส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร 2) คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ 3) แผนการสอนเกี่ยวกับส่งเสริมการควบคุมอาหารเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรม การควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร ที่พัฒนา โดย Chelaeh (2013) ที่มีองค์ประกอบด้วยระยะในการปฏิบัติ 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ระยะที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน และประเมินความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน ระยะที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ และแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งในระยะนี้ จะนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) มาใช้ 4 วิธี ได้แก่ (3.1) การสอน (3.2) การชี้แนะ (3.3) การสนับสนุน และ (3.4) การสร้างสิ่งแวดล้อม และระยะที่ 4 การสิ้นสุดกิจกรรมและประเมินผล ที่เน้นการติดตามประเมิน ผลในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมเป็นระยะเวลาทุกๆ 1 สัปดาห์ 2) คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 3) แผนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมการควบคุมอาหาร แนวปฏิบัติ การพยาบาลดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการ ทดลอง (two groups pre - post design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ที่มารับบริการในช่วงมกราคม ถึง มีนาคม 2560 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 1 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ โรคหลอดเลือดสมอง มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงมากกว่า หรือเท่ากับ 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (ADA, 2012; ADA, 2017; Sahieam, 2014) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อ สือสารได้เข้าใจ สามารถอ่านออกภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม



การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.8 ซึ่งต้องใช้ตัวอย่าง 25 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร (2) คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระยะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ (3) แผนการสอนเกี่ยวกับส่งเสริมการควบคุมอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ (2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม และ (3) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) ของ (1) คู่มือการส่งเสริมการควบคุมอาหาร (2) แผนการสอนเกี่ยวกับส่งเสริมการควบคุมอาหาร และ (3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ นำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยไปทดสอบกับผู้ป่วย จำนวน 20 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในวันพุธเป็นกลุ่มทดลองจนครบ 30 ราย และในวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 30 ราย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล)

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) จะได้รับการดูแลที่คลินิกเบาหวาน ผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง โดยให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยใช้การสนทนาที่เป็นกันเองและเป็นมิตรเพื่อให้เกิดความเชื่อถือ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลบริโภคนิสัย และผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย ความต้องการพลังงานในแต่ละวันและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมกรรมการบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย ความหมายของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคเบาหวานกำเริบ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน รวมทั้งวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ วางเป้าหมายและแก้ปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วย (3.1) การสอนเรื่องพลังงานที่ผู้ป่วยต้องการในแต่ละวัน และให้ฝึกคำนวณความต้องการพลังงานของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างง่าย สอนการเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ จำนวนมื้อหรือความถี่ที่ควรรับประทาน และสามารถใช้อาหารทดแทนหรือโมเดลอาหารได้ถูกต้องและเหมาะสม (3.2) การชี้แนะทางเลือกในการรับประทาน อาหารจานสุขภาพ การใช้ช้อนมือเป็นสัญลักษณ์ในการคำนวณสัดส่วนของอาหารได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ (3.3) การสนับสนุน โดยนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาสนับสนุนและส่งเสริมให้ญาติเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และ (3.4) การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยมีสิ่งอำนวยความสะดวกการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความรู้ที่ได้รับลงสู่การปฏิบัติได้จริงหรือไม่ กระตุ้นเตือนในเรื่องการควบคุมอาหาร ขึ้นชมทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้สำเร็จ และเสริมแรงด้วยการให้กำลังใจ เมื่อรู้สึกท้อใจหรือทำไม่สำเร็จ

ครั้งที่ 3, 5, 6 และ 7 (สัปดาห์ที่ 3, 5, 6 และ 7) ผู้วิจัยมีการติดตามทางโทรศัพท์ โดยการกล่าวทักทาย และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย สอบถามข้อสงสัย หรือข้อข้องใจที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ เน้นย้ำการมาพบแพทย์ตามนัดและอธิบายถึงกิจกรรมที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยทำการประเมินที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ติดตามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมบริโภคในแต่ละวันที่ผ่านมา ประเมินความรู้ที่ยังขาดและปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ และให้ความรู้และทักษะในเรื่องที่ผู้ป่วยยังขาด พร้อมให้กำลังใจและเสริมแรงในเรื่องที่ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยทำการประเมินที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารครั้งที่ 2 (ครั้งสุดท้าย) ตามแบบสอบถามหลังการทดลองและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

2. กลุ่มควบคุม (ได้รับการพยาบาลตามปกติ)

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลบริโภคนิสัย และผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม จากนั้นจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่น การให้ความรู้รายกลุ่มโดยโภชนาการ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการนัดพบแพทย์

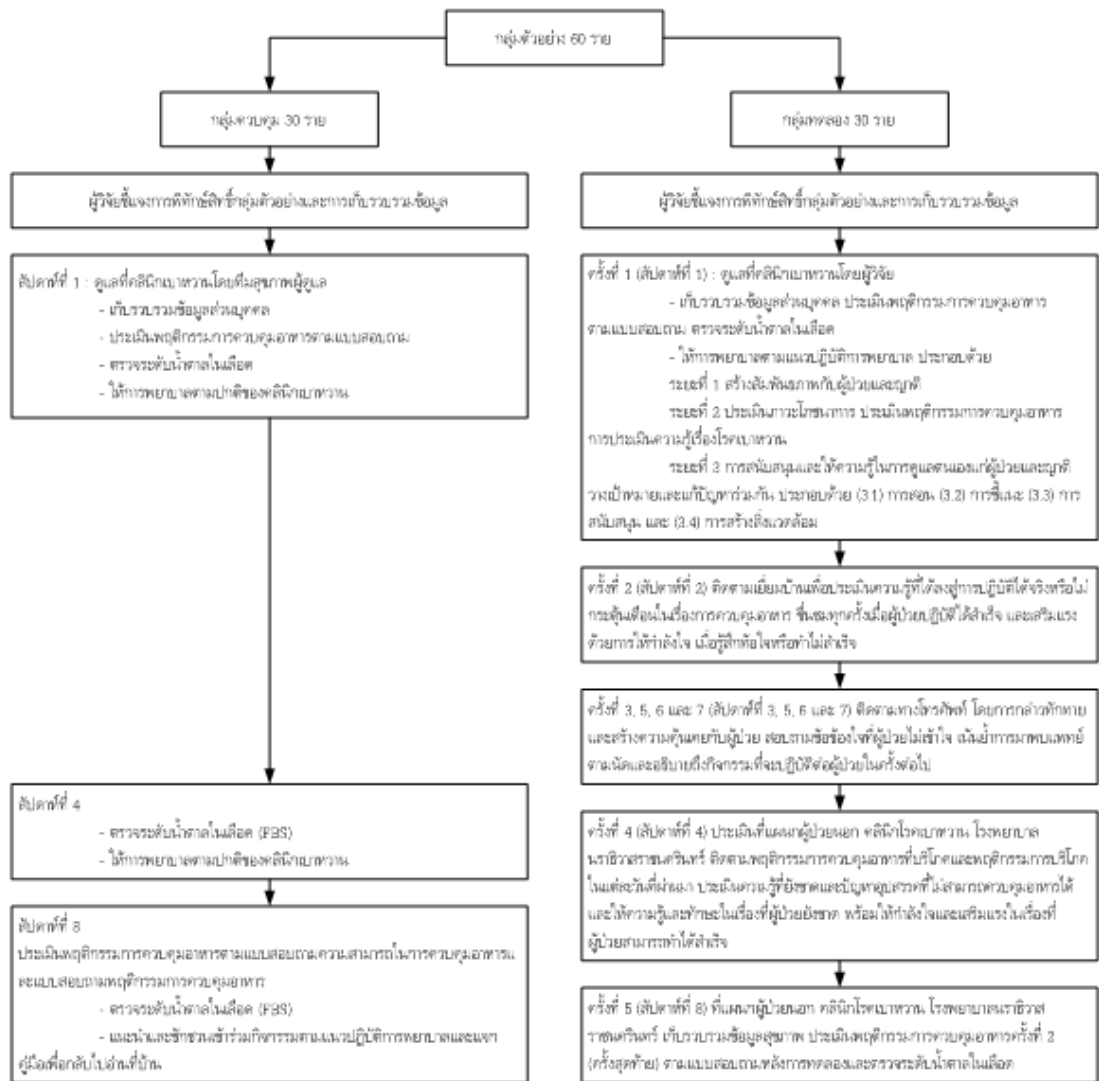
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ให้การพยาบาลตามปกติของคลินิกเบาหวาน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยแนะนำและชักชวนเข้าร่วมปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมอาหารและแจกคู่มือเพื่อกลับไปอ่านที่บ้าน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติพร้อมมอบของที่ระลึกที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ใช้สถิติไคสแควร์
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2017 - NSt 009) จึงเริ่มดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เช่น การปกปิดความลับกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้น และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 86.67, 63.34) โดยมีอายุมากกว่า 55 ปี (ร้อยละ 50, 46.67) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 83.34, 70) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 40, 60) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50, 70) มากกว่าครึ่งมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 57) มากกว่าครึ่งไม่มีผู้ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชน (ร้อยละ 70, 90) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80, 100) มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 63.34, 60) ไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 96.67, 100) มากกว่าครึ่งใช้ยาเบาหวานเป็น metformin + glipizide และใช้ยารักษาโรคร่วมเป็น

amlodipine (ร้อยละ 63.3, 60) สำหรับผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 46.67) และกลุ่มควบคุมเป็นบุตร (ร้อยละ 70)

เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า มีลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านระดับการศึกษา ($p < .01$)

2. ข้อมูลบริโภคนิสัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่งมีจำนวนมื้ออาหารแต่ละวันมากกว่า 3 มื้อ (ร้อยละ 73.33, 66.67 ตามลำดับ) ชนิดของวิธีการปรุงอาหารที่ชอบรับประทานส่วนใหญ่เป็นทอด (ร้อยละ 33.33, 33.33 ตามลำดับ) สำหรับอาหารที่ชอบรับประทานในแต่ละมื้อเกือบทั้งหมดของกลุ่มทดลองเป็นมื้อเที่ยงคือข้าว (ร้อยละ 96.67) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมื้อเช้าคือขนมและมืดยืนคือข้าว (ร้อยละ 96.67) ส่วนการรับประทานอาหารนอกบ้านของกลุ่มทดลองเป็นมื้อเช้าและมืดยืน (ร้อยละ 43.33) กลุ่มควบคุมไม่มีการรับประทานอาหารนอกบ้าน (ร้อยละ 50)

เมื่อนำข้อมูลบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า มีลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านการรับประทานอาหารนอกบ้าน ($p < .01$)

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารหลังการทดลอง ($\bar{X} = 88.37$, S.D. = 5.29) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 40.57$, S.D. = 6.67) และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง ($\bar{X} = 125.23$, S.D. = 13.85) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 221.67$, S.D. = 27.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร ($n = 30$) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

รายการ	ก่อนการทดลอง ($n = 30$)		หลังการทดลอง ($n = 30$)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	40.57	6.67	88.37	5.29	-29.80	.000
ระดับน้ำตาลในเลือด	221.67	27.87	125.23	13.85	18.21	.000

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 88.37$, S.D. = 5.29) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 54.30$, S.D. = 8.51) และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 125.23$, S.D. = 13.85) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 207.40$, S.D. = 32.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ

(Independent t-test)

รายการ	ก่อนการทดลอง (n = 30)		หลังการทดลอง (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	88.37	5.29	54.30	8.51	18.61	.000
ระดับน้ำตาลในเลือด	125.23	13.85	207.40	32.29	- 12.81	.000

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารครั้งนี้ สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมอาหาร มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paisansujareekul, Soivong, & Nantachaipan (2014) ที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้ออยู่ในระดับดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ยังมีจุดเด่น คือ มีการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem, 2001 มาใช้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ratanasila, Amnatsatsue, Chansirikanjana, Klunklin, & kokMongkol, (2015) ที่ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลง

2. แนวปฏิบัติมีการประเมินปัญหาและความต้องการเชิงลึกเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้การสนทนาเป็นรายบุคคล ใช้ภาษา ทำทางที่เป็นกันเองและเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ต่างๆ สนใจและตั้งใจรับฟังโดยไม่ตัดสิน เพื่อสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้วางแผนในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Suradechawut (2010) ที่มีการพัฒนาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความตระหนักและยอมรับว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่ตนต้องทำการปรับปรุงแก้ไข และการศึกษาของ Ratanasila, et al (2015) ที่ให้การดูแลตามแผนการดูแลเป็นรายบุคคลพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลง นอกจากนี้การศึกษานี้ผู้วิจัยมีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ศึกษาประวัติการรรักษาและการใช้ยา ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการวางเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมนี้จะทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริง โดยประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมการบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ซึ่งใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง เนื้อหาในแบบบันทึกประกอบด้วย รายการอาหาร 6 หมวด ได้แก่ หมวดข้าว-แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ นมและน้ำมัน และมื้ออาหาร ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน มื้อเย็น และระหว่างมื้อ ผู้วิจัยเป็นผู้คำนวณพลังงานที่ได้รับต่อวัน และสรุปข้อมูลดังกล่าวให้กลุ่มตัวอย่าง และญาติทราบว่า พลังงานที่ได้รับต่อวันว่าปกติ น้อยกว่าหรือมากกว่าปกติ และร่วมกันวางแผนการรับประทานอาหารในแต่ละวัน สำหรับการประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานพบว่า

ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องการควบคุมอาหาร คือ ไม่สามารถเอาคำแนะนำในการควบคุมอาหารของตนเองให้รับประทานอาหารตามที่โภชนาการแนะนำลงสู่การปฏิบัติได้จริงได้ และยังมีพฤติกรรมดื่มชาและกาแฟของ ผู้วิจัยได้ให้เวลาในการตอบคำถามของผู้ป่วย ใช้ภาษายาวในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจมากขึ้น และแบ่งเนื้อหาออกเป็นหัวข้อย่อยๆ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ สำหรับขั้นตอนในการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติและแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) มาใช้ ประกอบด้วย (1) การสอน โดยสอนเรื่องพลังงานที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในแต่ละวัน ที่ได้จากการประเมินอาหารที่บริโภคและพฤติกรรมบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และให้ฝึกคำนวณความต้องการพลังงานของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างง่าย ๆ สอนการเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน จำนวนมื้อหรือเวลาที่ควรรับประทานและสามารถใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารได้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้ในการใช้อาหารแลกเปลี่ยนหรือโมเดลอาหารทั้งในช่วงปกติและในช่วงเดือนรอมฎอน ยกตัวอย่างชนิดของอาหารที่มีในท้องถิ่น อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่ให้พลังงานสูงและอาหารที่ได้รับการปรุงแต่งมากให้เห็นชัดเจน และฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารโดยการใช้อาหารและอาหารจริง

ผู้วิจัยมีการติดตามประเมินผลด้วย 1) การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 2) ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 3, 5, 6 และ 7 และ 3) นัดมาพบที่โรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมควบคุมอาหาร ปัญหาโดยส่วนใหญ่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมักเลือกรับประทานอาหารที่มีแป้งเป็นส่วนผสม เช่น ขนมปัง เผือก มัน เป็นอาหารมื้อว่าง ก่อนที่จะรับประทานอาหารในมื้อหลัก และเป็นอาหารที่รับประทานคู่กับอาหารมื้อหลัก โดยมักเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาหารประเภทนี้ จึงยังรับประทานอยู่เป็นปกติ รับประทานชาและกาแฟของ 3 in 1 ทุกวัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมักรับประทานมะม่วงสุก เพราะเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวและผลไม้ที่มีรสหวาน ผู้วิจัยได้ทำการให้คำแนะนำเมนูอาหารสุขภาพ ลดปริมาณอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลลงและสอนการแลกเปลี่ยนอาหารโดยใช้อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำเพิ่มเติม ให้การชมเชยทุกครั้งที่ทำปฏิบัติได้สำเร็จและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างและญาติให้ข้อมูลว่าสามารถช่วยในเรื่องที่มีปัญหาขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างมาก และการนัดมาพบที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในเวลาที่เหมาะสม ทำให้มีการได้พบทวนปัญหาที่เกิดจากการดูแลระหว่างอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขร่วมกันต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ (Terathongkum, Prasatkaew, & Maneesriwongul, 2014) ที่มีการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีขึ้น และการศึกษาของ Ratanasila, et al (2015) ที่มีการเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่องและกระตุ้นทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดลดลง

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว นำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาสนับสนุนและส่งเสริมให้ญาติเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเลือกซื้ออาหาร เตรียมอาหารและรับประทานอาหารเหมือนกับผู้ป่วย ญาติไม่ซื้ออาหารที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานได้เข้ามาในบ้าน เช่น ผัก ผลไม้ไม่หวานจัด หลีกเลี่ยงการเตรียมอาหารด้วยวิธีการผัด ทอด อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ หรือวิธีการที่ต้องใช้น้ำมันในการปรุง ใช้วิธีการต้ม นึ่ง หรือย่างแทน (Chongchareon, Kahawong, Apichato, Sangchandr, Chukumneard, Boonsin, et al, 2008) นอกจากนี้ญาติควรรับประทานอาหารชนิดเดียวกันหรือรับประทานเดียวกันกับผู้ป่วย รวมถึงเมื่อต้องไปในงานเลี้ยงต่างๆ ญาติควรแนะนำให้เลือกรับประทานผักในปริมาณที่มากกว่าอาหารจำพวกแป้งและเนื้อสัตว์ สำหรับในช่วงเดือนรอมฎอน ญาติควรแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอินทผลัม 1 ผลและดื่มน้ำเปล่าตามมากๆ แทนการรับประทานขนมหวานหรือดื่มน้ำหวาน รวมถึงการใช้คู่มือ ซึ่งเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับบริบทอาหารของมุสลิมในพื้นที่ มีการยกตัวอย่างอาหารที่เป็นที่รู้จักและนิยมบริโภคกันในชุมชนของมุสลิมมีรูปภาพประกอบชัดเจนง่ายต่อการอ่านมีการประเมิน



อาหารที่บริโภคและพฤติกรรมบริโภคในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา รวมทั้งให้คำแนะนำเมนูอาหารและการรับประทานในช่วงเดือนถือศีลอด ทำให้ผู้ป่วยและญาติที่มีความเข้าใจได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับ Jarana, Kraithaworn, & Piaseu (2016) ที่มีกิจกรรมการสร้างความตระหนักให้ครอบครัว มีกิจกรรมตั้งเป้าหมายสุขภาพของครอบครัว พร้อมทั้งได้เอกสารคู่มือไปศึกษาต่อที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันสุขภาพดีขึ้น เป็นต้น

4. ความต่อเนื่องของการประเมิน การดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย สำหรับการดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัย ตั้งแต่เข้าร่วมการวิจัยจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการส่งเสริมการควบคุมอาหาร โดยการพูดคุยให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะในพฤติกรรมควบคุมอาหารที่ยาก

สรุป

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีพฤติกรรมควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมอาหารตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีจุดเด่น คือ 1) มีเนื้อหาที่เหมาะสม 2) การมีกิจกรรมในการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับการนำไปปฏิบัติได้จริง และ 3) ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเรียมเข้ามาเป็นกลยุทธ์ มีการประเมินปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคล นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการดูแลและติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัย สามารถส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสูงขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษาเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีจุดเด่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านมาใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนในการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมและญาติ และมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีแกนนำจากมุสลิมในชุมชน เช่น โต๊ะอิหม่ามหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล สถานศึกษาควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนพยาบาล เพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมโรคไม่ได้เป็นอย่างดี

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรกำหนดนโยบายให้คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลจัดรูปแบบการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลในระยะยาวถึงพฤติกรรมควบคุมอาหาร โดยการติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือนหรือ 1 ปี นอกจากนี้ ควรมีการวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีร่วมด้วย

2. ควรมีการปรับปรุงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ทันสมัยตามหลักวิชาการทุก 3 - 5 ปี



รายการอ้างอิง (Reference)

- American Diabetes Association (ADA). (2012). Standards of Medical Care in Diabetes-2012. *Diabetes Care*, 35(1), 11-63.
- American Diabetes Association (ADA). (2017). Standards of Medical Care in Diabetes-2017. *Diabetes Care*, 40(1), 11-24.
- Boonpradit, A., Khampeng, S., & Wannachatisara, K. (2015). Effects of self-efficacy enhancement program on health behaviors among patients with diabetes. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 72-82.
- Bunnan, C. (2008). *The developmental of the dietary control for self – care and metabolic control in older person with type 2 diabetes mellitus at nongsaen primary care unit*. Master thesis of Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Thailand.
- Bureau of Non Communicable Disease, Division of Disease Control. (2012). *Summary report on uncontrolled diabetes and uncontrolled hypertension in the year 2010*. (copy print document).
- Bureau of Policy and Strategies, Office of the Permanent Secretary. (2016). *Public Health Statistics A.D. 2016*. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategies, Office of the Permanent Secretary. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences*. (2nd ed.). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- Chelaeh, K. (2013). *Clinical nursing practice guideline for dietary control in muslim patients with uncontrolled diabetes*. Master minor thesis of Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Thailand.
- Chongchareon, W., Kahawong, W., Apichato, A., Sangchandr, O., Chukumneard, P., Boonsin, K., & Chugnan, T. (2008) A self-care promotion model for controlling blood sugar in type 2 diabetes. *Songklanagarind Medical Journal*, 26(1), 71-84.
- Diabetes association of thailand under the patronage of her royal highness princess maha chakri sirindhorn. (2014). *Clinical practice guideline for diabetes 2014*. Bangkok: Aroonkarnpim.
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF DIABETES ATLAS Seventh Edition: 2015*. Retrieved Jan 10, 2015 from <http://www.dnmtai.org/statistic/1558>.
- Jaranai, J., Kraithaworn.P., & Piaseu.N. (2016). Effects of a Family Participation Program by Using The Ramamodelon Health Behaviors, Nutritional Status and Blood Sugar Level in Diabetic Risk Group in Community. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(1), 41-59.
- Jaelao, M., Hayeeetae, E., Thaipratarn, A., Saree, Y., Jaeyor, N., Nimak, S. ... Nimak Y. (2008). *Health care for fasting persons in Ramadan*. Songkhla: Chansiew Society of Medicine and Public Health. (in Thai)
- Kitcharoenchai, R. (2013). *The effectiveness of a nutritional self-management program on food consumption behaviors, HbA1C, and body mass index in persons with type 2 diabetes*. Master of Nursing Thesis, BuraphaUniversity. (in Thai)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practices*. (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.



- Paisansujareekul, K., Soivong, P., & Nantachaipan, P. (2014). Effectiveness of Implementing Nursing Management Guidelines for Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *Nursing Journal*, 41(Supplement), 26-34.
- Ratanasila, R., Amnatsatsue, K., Chansirikanjana, S., Klunklin, S., & kokMongkol, P. (2015). Effect of case management program for older adult with uncontrolled diabetes mellitus. *Journal of Public Health Nursing*, 29(1), 67-79.
- Sahieam, C. (2014). Nurse case management for clients with diabetes mellitus. In Sindhu, S., & Wongrod, P. (editor). *Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension*. (2nd ed.). Bangkok: Wattanakanpim Printing.
- Statistics of Narathiwat Provincial Health Office. (2013-2015). *Non communicable Diseases statistics report Nimak in Narathiwat*. Narathiwat: Narathiwat Provincial Health Office.
- Statistics of Naradhiwasrajanagarindra Hospital. (2016). *Patient statistics report of Naradhiwasrajanagarindra Hospital*. Narathiwat: Naradhiwasrajanagarindra Hospital.
- Suradechawut, C. (2010). *Development of empowerment process for individual diabetes patients in nongsaeng community hospital saraburi province*. Master thesis of Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Thailand.
- Terathongkum, S., Prasatkaew, N., & Maneesriwongul, W. (2014). Effect of a home visit and telephone follow-up program on health behaviors and health status in persons with uncontrolled hypertension. *Journal of Nursing Ramathibodi*, 20(3), 356-371.
- Thungtong, S., Chinnawong, T., & Thaniwattananon, P. (2015). Effects of a self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behavior and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(1), 67-84.