

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการรูปแบบปกติ ซึ่งมีรูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (non-randomized controlled-group pretest posttest design) และศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาล แก่งกระจาน เพชรบุรี จำนวน 56 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 31 คน ได้ร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย ซึ่งเน้นกิจกรรมหลัก 4 อย่าง ได้แก่ Information sharing, Pharmacist-patient communication, Choice และ Shared decision making เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน โดยกิจกรรมดังกล่าวจะทำก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการตามรูปแบบปกติ ส่วนกลุ่มควบคุม 25 คน ได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาลโดยไม่ได้ร่วมกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพดังกล่าว

จากการเปรียบเทียบลักษณะตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยกลางคน การศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกรกรรม ยังมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานไม่มาก รายการยาสำหรับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับประมาณ 6 รายการ ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับดี และยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย สำหรับสถานะทางสุขภาพที่ค่อนข้างมีความแตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ จำนวนปีที่เป็นโรคเบาหวาน การมาตรวจตามนัด โรคร่วม และค่าน้ำตาลในเลือด FBS เฉลี่ย แต่ความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้ ในบริบทของโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย ระบบบริการรูปแบบปกติในคลินิกเบาหวาน จะประกอบด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในลักษณะเดิมทุกครั้งเท่านั้น โดยไม่ได้มีกิจกรรมใดเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ดังนั้นความกังวลว่าจำนวนปีที่เป็นโรคเบาหวานมานานกว่าจะมีผลให้ผู้ป่วยทราบหรือเข้าใจโรคเบาหวานแตกต่างกัน รวมทั้งมีผลรบกวนการวิจัยนั้น จึงไม่น่าจะมีผล นอกจากนี้ ข้อมูลสถานะสุขภาพอื่นๆ ที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ค่า FBS เฉลี่ย ค่า HbA<sub>1c</sub> เฉลี่ย ความร่วมมือในการใช้ยา คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่

ต่างกัน ณ จุดเริ่มต้นของการศึกษา ก็สะท้อนว่าระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานที่ต่างกัน ไม่มีผล  
รบกวนผลการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งภายในและ  
ระหว่างกลุ่มแล้ว สามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ในแต่ละประเด็น ดังนี้

### 1. ผลของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพ มีการรับรู้  
ความสามารถตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ( $62.6 \pm 12.8$  และ  $71.5 \pm 7.2$ ,  $p < 0.001$ ) และม  
ีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนน  
กลุ่มควบคุม  $64.0 \pm 13.0$  และ  $64.7 \pm 7.8$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมที่ใช้ในการ  
เสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยกิจกรรม Information sharing  
ช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญของการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อการดูแลตนเองใน  
โรคเบาหวาน กิจกรรม Choice ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในตนเองมากขึ้นหรือมีการรับรู้ความสามารถ  
ตนเองมากขึ้นว่าตนเองสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ รวมทั้งสามารถวางแผนการควบคุม  
โรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง และกิจกรรม Shared decision making ทำให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจ  
เลือกแนวทางการควบคุมโรคเบาหวานของตนเองและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติในแนวทางที่  
เลือกอย่างมั่นใจ สำหรับกิจกรรม Pharmacist - patient communication ช่วยทำให้กิจกรรมทั้ง 3  
ดำเนินไปได้และบรรลุผลตามเป้าหมายของการทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเอง

ในระหว่างกิจกรรม Information sharing ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีท่าทางและการสนทนาที่  
เห็นด้วยและเข้าใจว่าความมั่นใจจะนำไปสู่ความมุ่งมั่นเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการควบคุม  
โรคเบาหวานได้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังเห็นตรงกันว่ากรณีที่ตนขาดความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะทำ  
ให้ไม่มั่นใจในการปฏิบัติเรื่องนั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่  
พบว่า ข้อคำถามที่ผู้ป่วยให้คะแนนต่ำมักเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำหรือไม่ทราบว่าต้องทำอะไร  
เช่น การออกกำลังกาย การแก้ไขเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และการรับประทานยาลดน้ำตาลใน  
เลือดให้ถูกต้อง เป็นต้น (ตารางที่ 7) ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ค่อยมั่นใจว่าตนเองจะควบคุมโรคเบาหวาน  
ได้ ถึงแม้จะกินยาตามแพทย์สั่งแล้ว คิดว่าออกกำลังกายแล้วแต่ยังคุมน้ำตาลไม่ได้ ดังนั้นเมื่อ  
ผู้ป่วยได้เข้าใจในประเด็นที่เข้าใจผิดหรือไม่ทราบแล้ว ก็ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและเกิดความหวังว่า  
ตนเองน่าจะควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น

กิจกรรม Choice ทำให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการควบคุมโรคเบาหวานว่าเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย) และการใช้ยา ที่สำคัญคือเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถประเมินความสามารถตนเองได้ว่าตนควรปรับพฤติกรรมใดก่อน เรื่องใดที่ตนยังไม่สามารถทำได้ หรือวางแผนว่าตนควรจะทำอะไร แล้วเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยได้

ตัวอย่างการศึกษาที่ให้ผลลัพธ์ของการเสริมศักยภาพผู้ป่วยเหมือนกัน ได้แก่ การศึกษาของ อุษา ทัศนวิน และคณะ (2553) และการศึกษาของ Ninfa และคณะ (2011) ที่ภายหลังผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการหรือดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแลสุขภาพตัวเอง ซึ่งเป็นเหมือนการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นแล้ว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการได้รับ intervention พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 10.8 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าในการศึกษาของ Ninfa และคณะ (2011) ที่มีค่าคะแนนต่างกันถึง 21.25 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบวัดมาตรฐาน Self-Efficacy for Diabetes ของ Stanford Patient Education Research Center ซึ่งมีคำถาม 8 ข้อ และคำตอบเป็น scale 1-10 เหมือนกัน ส่วนการศึกษาของอุษา และคณะ แม้จะดูเหมือนมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มมาก ด้วยคะแนน 32.72 คะแนน แต่ด้วยการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาเองจำนวน 30 ข้อ และคำตอบเป็น scale 0 -100 ซึ่งแตกต่างกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับผลการศึกษาคั้งนี้ได้โดยตรง

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า intervention ที่ให้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน โดยการวิจัยของอุษา และของ Ninfa มีการให้ intervention แบบกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ โดย Ninfa จัดกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 10 -20 คน ครั้งละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ใช้วิดีโอประกอบกับให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยทั้งเดี่ยวและกลุ่ม แล้ววัดผลสัปดาห์สุดท้ายของการให้ intervention ส่วนของอุษา จัดเป็นลักษณะการเข้าค่ายแบบไปเช้ากลับเย็น จำนวน 3 วัน โดยให้ intervention ในกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยแต่ไม่กล่าวถึงจำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม มีการให้ความรู้เบาหวาน ฝึกทักษะการดูแลตัวเอง การทำกิจกรรมแรลลี่ เป็นต้น และมีการวัดผลหลังการให้ intervention ที่สัปดาห์สุดท้ายและหลังจบ intervention ไปแล้ว 1 เดือนด้วย ซึ่งทั้งสองการวิจัยที่กล่าวมาแตกต่างกับการวิจัยนี้อย่างชัดเจน เนื่องจากการวิจัยนี้จะให้ intervention กับผู้ป่วยครั้งละ 1-2 คนเท่านั้น ซึ่งน่าจะมีข้อดีกว่าเนื่องจากการทำผู้ป่วยน้อยรายจะได้ข้อมูลในเชิงลึกมากกว่า ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็นมากกว่า และที่สำคัญผู้ให้ intervention

สามารถประเมินผู้ป่วยในขณะที่ให้ intervention ได้อย่างใกล้ชิดว่าผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่เราต้องการสื่อสารหรือไม่

สำหรับประเด็นของการวัดผลการศึกษานั้น ในกรณีของการวิจัยนี้และของอุษา ทิศนวิน และคณะ(2553) ที่มีการวัดผลหลังจบ intervention ไปแล้ว 1 เดือนด้วย ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์หลังจากไม่มีกิจกรรมกระตุ้น ซึ่งพบว่า ทั้งการวิจัยนี้และของอุษา ทิศนวิน และคณะ(2553) ยังมีผลจาก intervention เหลืออยู่ เห็นได้จากที่คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มทดลองที่สูงขึ้น

การศึกษาที่ให้ผลไม่เหมือนในการวิจัยนี้ เช่น การศึกษาของ เนติ สุขสมบูรณ์ และคณะ (2548) ที่ภายหลังกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมการอบรมการรับรู้ความสามารถตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษาผู้ป่วย เป็นต้น พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองไม่แตกต่างก่อนการทดลอง อาจเนื่องจากระยะเวลาในการให้ intervention ที่มีเพียง 1 วัน และวัดผลหลังจากนั้น 3 เดือน โดยไม่มีการกระตุ้นผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกิจกรรมในลักษณะกลุ่ม อาจทำให้ผู้ให้บริการขาดโอกาสในการได้ข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วย

เมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยนี้กับงานวิจัยอื่นตามที่กล่าวมา พบว่า intervention ในงานวิจัยนี้น่าจะมีผลหรือความแรงที่ดีกว่า สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในระบบการให้บริการกับผู้ป่วยโรคเบาหวานตามปกติและทำได้อย่างต่อเนื่องกว่า ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการของการให้ intervention ที่เป็นลักษณะที่ค่อยเป็นค่อยไป คือ แบ่งการให้ intervention ที่ละประเด็นและใช้เวลาไม่นานเกินไปครั้งละ 15-20 นาที ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำความเข้าใจทีละเรื่อง และกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด รวมทั้งได้ข้อมูลเชิงลึกมากกว่าด้วย เพราะเป็นกิจกรรมรายบุคคล ส่วนในการศึกษาอื่นจะเป็นลักษณะกลุ่มผู้ป่วย รวมทั้งแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายและมีความเป็นไปได้ในการได้คำตอบที่ใกล้เคียงความจริงมากกว่า ที่สำคัญกระบวนการและกิจกรรมเหล่านี้ น่าจะเหมาะกับบริบทของผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมักอยู่ในวัยกลางคนหรือสูงอายุ มีการศึกษาไม่สูงนัก การเรียนรู้แบบรายบุคคลและค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งการใช้เวลาที่ไม่นานเกินไปจึงน่าจะเหมาะสม

เมื่อพิจารณาจากผลคะแนนรายชื่อของการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้นทุกข้อ แสดงว่า กิจกรรมที่ให้กับผู้ป่วยส่งผลอย่างชัดเจนในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วย โดยข้อที่มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบทั้งภายในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คือ ข้อที่ 6 (ความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวาน) ( $p=0.002$  และ  $0.001$ )

ตามลำดับ) ซึ่งเป็นข้อที่ประเมินความมั่นใจของผู้ป่วยในการควบคุมโรคเบาหวาน และเป็นข้อที่สำคัญมาก เนื่องจากสามารถใช้ทำนายโอกาสที่ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวานได้ตามเป้าหมาย ตามแนวคิดของ Bandura (1997) คือ เมื่อบุคคลมีความมั่นใจ ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย และผลที่ได้นี้สอดคล้องกับผลลัพธ์หลักของการวิจัยเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งการที่กิจกรรมที่ใช้ในการวิจัยนี้สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ninfa และคณะ (2011) ที่กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในข้อที่เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวาน สูงที่สุดและสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบทั้งภายในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

สำหรับการรับรู้ความสามารถตนเองข้ออื่นๆ สรุปได้ดังนี้ ข้อที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาหารทั้งมือหลักและอาหารว่าง ได้แก่ ข้อที่ 1 (การควบคุมอาหารในมือหลัก) และข้อที่ 2 (การเลือกอาหารที่รับประทานเมื่อหิว (อาหารว่าง) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (ข้อ 1  $p=0.001$  และข้อ 2  $=0.033$ ) ทั้งนี้เนื่องจากหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพแล้ว ผู้ป่วยได้เข้าใจเรื่องการควบคุมอาหารและเกิดความมั่นใจมากขึ้นว่าตนเองน่าจะควบคุมอาหารได้ดีขึ้น ส่วนข้อที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นแต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมนั้น ได้แก่ ข้อที่ 7 (ความมั่นใจในการกินยาลดน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้อง) และข้อที่ 8 (ความมั่นใจในการตัดสินใจไปพบแพทย์ เมื่อเกิดอาการผิดปกติ) โดยทั้งสองข้อนี้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะปฏิบัติตามได้ง่ายที่สุด ดังนั้นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนสูงอยู่แล้วทั้งก่อนและหลังการทดลอง

สำหรับข้อที่ 3 (การออกกำลังกาย) และข้อที่ 4 (การจัดการหรือแก้ไขเมื่อลืมกินยาลดน้ำตาลในเลือด) ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.026$  และ  $0.034$  ตามลำดับ) ส่วนข้อที่ 5 (ระดับความมั่นใจในการแก้ไข เมื่อเกิดอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ) คะแนนก็สูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.066$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนที่สูงขึ้นทั้งสามข้อนี้กับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติทั้งสามข้อ ทั้งนี้เนื่องจากคะแนนก่อนการทดลองทั้งสามข้อนี้ของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอยู่แล้ว ที่สำคัญจะเห็นว่าคะแนนทั้งสามข้อนี้ของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลองก็ไม่ต่างกันทางสถิติด้วย ( $p=0.909, 0.912$  และ  $0.417$  ตามลำดับ) แสดงว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่ได้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองใน 3 ข้อคำถามนี้เลย นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนในข้อ 4 (การจัดการหรือแก้ไขเมื่อลืมกินยาลดน้ำตาลในเลือด) มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยด้วย ซึ่งก็สนับสนุนว่ากิจกรรมหรือ intervention ที่กลุ่มทดลองได้รับมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วย

## 2. ผลการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อความร่วมมือในการ

### รักษา

ความร่วมมือในการรักษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา และการมาตรวจตามนัด

#### 2.1 ความร่วมมือในการใช้ยา

ภายหลังที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพจากเภสัชกร พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีแนวโน้มดีขึ้น แต่ไม่มีความต่างทางสถิติทั้งการเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงมาก ซึ่งต่างกับการศึกษาของปิยวรรณ เหลืองจิร โนทัย และคณะ (2550) ที่พบความร่วมมือในการใช้ยารับประทานของผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 68 สำหรับการวิจัยนี้ที่พบความร่วมมือในการใช้ยาที่สูง อาจเนื่องจากหลายประเด็น ได้แก่ 1) การที่ผู้วิจัยวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ Self report ซึ่งข้อเสียของวิธีนี้คือ อาจไม่ได้ข้อมูลหรือคำตอบที่เป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ไม่ได้ หรือไม่ตอบตามจริง 2) การที่ผู้วิจัยมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการ อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นในทั้งสองกลุ่ม 3) การที่ผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรเป็นผู้สอบถามความร่วมมือในการใช้ยา อาจมีผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าตอบความจริง และ 4) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยไม่ได้ให้ intervention กับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่มีโอกาสได้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดเช่นในกลุ่มทดลอง ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยสอบถามการรับประทานยาจึงเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะรีบตอบเพื่อให้แล้วเสร็จเพราะหากตอบว่ารับประทานถูกต้อง จะไม่ต้องเสียเวลาถูกซักถามเพิ่มเติมจากเภสัชกร ประกอบกับการที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมคุ้นเคยกับเภสัชกรน้อยกว่า อาจทำให้ไม่กล้าตอบตามจริงด้วย

ทั้งนี้ การที่ผู้วิจัยเลือกวัดความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยโดยใช้วิธี Self report เนื่องจากพิจารณาว่าเป็นวิธีที่ใช้เวลาไม่มากนัก เหมาะสมกับบริบทของการวิจัย ที่มีผู้วิจัยเป็นผู้ทำการวิจัยทุกขั้นตอนเพียงคนเดียว และค่าความร่วมมือที่ได้เป็นค่าร้อยละ ซึ่งจะสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ง่ายและชัดเจน หากเลือกวิธี Pill count และต้องการข้อมูลที่เชื่อถือได้ จำเป็นต้องมีการบันทึกจำนวนยาที่ให้ไปและเมื่อผู้ป่วยกลับมาต้องมีการนับเม็ดยาโดยผู้ป่วยไม่ทราบ ซึ่งข้อเสียของวิธีนี้คือ จำนวนเม็ดยาที่หายไปไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยรับประทานจริงหรือไม่ ที่สำคัญคือ หากผู้ป่วยไม่นำยามาก็ไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้ จึงไม่เหมาะจะใช้วิธี pill count ในกรณีการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามที่จะป้องกันความคลาดเคลื่อนของผลการ

ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าวด้วยการใช้การประเมินมากกว่าหนึ่ง โดยเลือกการประเมินจากข้อมูลการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยร่วมด้วย

## 2.2 การมาตรวจตามนัด

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มมาไม่ตรงตามนัดสูงขึ้นเล็กน้อย ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ( $p=0.391$ ) โดยการมาไม่ตรงตามนัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีหลายสาเหตุ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไปทำงานในพื้นที่ที่ห่างจากโรงพยาบาลที่ให้บริการหรือประกอบอาชีพที่ไม่แน่นอนในการเดินทาง เช่น ขับรถบรรทุก หรือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้เองต้องอาศัยรถเพื่อนบ้านหรือต้องรอเช่ารถมาพร้อมกัน เป็นต้น นอกจากนี้ในการวิจัยนี้พบว่า การมาตรงหรือไม่ตรงตามนัดนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาไม่ตรงตามนัดไม่ได้ขาดยาโรคเรื้อรัง เนื่องจากยังมียาสำรองอยู่ที่บ้านหรือขอยืมจากญาติหรือเพื่อนบ้าน และบางรายหาซื้อจากร้านยา เป็นต้น ดังนั้นอาจจะพออนุมานได้ว่า กิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงความร่วมมือในการใช้ยาและเข้าใจการแก้ปัญหาหากไม่มียาโรคเรื้อรังรับประทาน

ในการศึกษานี้ การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยอาจไม่ใช่ตัวแปรวัดผลที่ดีของการให้ intervention ลักษณะนี้ อย่างไรก็ตาม การใช้ตัวแปรนี้ควรพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะกับบริบทของสถานพยาบาลหรืองานวิจัย เช่น การที่สถานพยาบาลจ่ายยาในโรคเรื้อรังเพื่อไว้สำหรับผู้ป่วยโดยไม่ได้จ่ายพอดีตามวันนัด ดังนั้นการที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดจึงยังไม่ขาดยา ในทางตรงกันข้ามหากการนัดผู้ป่วยสัมพันธ์กับการนัดตรวจภาวะแทรกซ้อน เช่น ตาและไต การมาไม่ตรงตามนัดจะมีผลให้ผู้ป่วยเสียโอกาสรับการประเมินได้ เป็นต้น

## 3. ผลของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง HbA<sub>1c</sub> และ FBS ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.002$  และ  $0.001$  ตามลำดับ) สำหรับค่า HbA<sub>1c</sub> พบว่าดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมด้วย ( $p=0.047$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมั่นใจหรือรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้น และผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกแนวทางการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุษา ทศนวิน และคณะ(2553) และการศึกษาของ Ninfa และคณะ (2011) ซึ่งวัดผลด้วย FBS และ HbA<sub>1c</sub> ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการได้รับ intervention

พบว่า ในการวิจัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย HbA<sub>1c</sub> สูงกว่าในการศึกษาของ Ninfa และคณะ (2011) (1.0 และ 0.5 ตามลำดับ) แต่มีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย FBS น้อยกว่าในการศึกษาของ อุษา ทศนวิน และคณะ (2553) (26.17 และ 11.9 ตามลำดับ)

สำหรับร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA<sub>1c</sub> ได้ตามเป้าหมายนั้น พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีการลดลงของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA<sub>1c</sub> ได้ตามเป้าหมายแม้ว่าจะไม่มีนัย สำคัญทางสถิติก็ตาม (ก่อนการทดลอง 8 คน (ร้อยละ 32.0) และหลังทดลอง 3 คน (ร้อยละ 13.6)) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่ใช่ช่วงเวลาเดียวกันทั้งหมด คือ เริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อนกลุ่มควบคุม ประมาณ 1 เดือนและเสร็จก่อนกลุ่มควบคุม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นที่สัมพันธ์กับช่วงเวลาการเก็บข้อมูลจึงอาจเป็นปัจจัยรบกวนได้ เช่น ฤดูกาลของอาหารหรือผลไม้ที่แตกต่างกันและมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้

ทั้งนี้ พบว่าค่า HbA<sub>1c</sub> สะท้อนภาพรวมของพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยได้ดีกว่าค่า FBS ซึ่งก็ตรงกับเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลของ ADA (2011) ที่กำหนดให้ HbA<sub>1c</sub> < 7 เพราะค่า HbA<sub>1c</sub> แสดงถึงระดับน้ำตาลสะสมใน 2-3 เดือนที่ผ่านมา จึงดีกว่าค่า FBS ที่จะมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วในระยะสั้น

สำหรับผลจากกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยกลุ่มทดลองในแต่ละหัวข้อได้แก่

1. ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. ผู้ป่วยการรับรู้ความสามารถตนเอง
3. ความรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน และ
4. การปรับพฤติกรรมและการใช้ยา โดยใช้กิจกรรม 4 อย่าง คือ Information sharing, Pharmacist-patient communication, Choice และ Shared decision making นั้น พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพแล้วผู้ป่วยสามารถเข้าใจและเกิดความเห็นด้วยอย่างจริงจังว่าตนเองสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งต่างจากก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างชัดเจน ที่ถึงแม้ผู้ป่วยจะตอบได้ว่าคนสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพตนเองก็คือตนเอง แต่ด้วยท่าทางและสีหน้าของผู้ป่วยก่อนการทดลองที่ไม่ได้ให้ความสำคัญหรือเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับสิ่งที่ตอบมากนัก และผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความเข้าใจเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานดีขึ้น รวมทั้งมีแนวโน้มของการปรับพฤติกรรมและความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับผลลัพธ์ในการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเองและการควบคุมน้ำตาลค่า HbA<sub>1c</sub> ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีแนวโน้มของความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมน้ำตาลค่า FBS ดีขึ้นด้วย

โดยสรุป การวิจัยนี้ เน้นการใช้กระบวนการและกิจกรรมที่ชัดเจนในการช่วยให้ผู้ป่วย เกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และเข้าใจว่าตัวเองเป็นผู้ที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตน รวมทั้งดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการและกิจกรรมที่ใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยเป็นเหมือนการสร้างสิ่งแวดล้อมหรือโอกาสที่ทำให้ผู้ป่วยได้ เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งต่างจากการรับบริการในรูปแบบปกติที่มัก มุ่งเน้นบทบาทของผู้ให้บริการเป็นหลักและเน้นที่การให้ความรู้เป็นสำคัญ ผู้ป่วยจึงขาดโอกาสใน ที่จะการเรียนรู้การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองอย่างแท้จริง โดยกิจกรรมแต่ละอย่างในการ วิจัยมีส่วนในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย ดังนี้

กิจกรรม Information sharing ช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตัวผู้ป่วยเองสำคัญที่สุดในการ ดูแลสุขภาพของตนเอง เข้าใจเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ และทำให้ผู้ป่วยได้รู้ความสามารถ ของตนเอง สำหรับในการวิจัยนี้จะเห็นอย่างชัดเจนว่ากิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้มากที่สุด ในแต่ละหัวข้อที่ร่วมทำกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองหรือการ เสริมสร้างศักยภาพอย่างแท้จริงมาก่อน ดังนั้นสิ่งที่ต้องเน้นพัฒนาจึงเป็นเรื่องความฉลาดทาง สุขภาพในประเด็นของความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ก่อน และถ้าผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้าง ศักยภาพอย่างต่อเนื่องแล้ว เชื่อว่าการกิจกรรมนี้อาจใช้เวลาลดลงได้

ส่วนกิจกรรม Choice ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการวางแผนเพื่อให้ ได้ตามเป้าหมาย ในขณะที่กิจกรรม Shared decision making ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติ ตามแผนเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายอย่างตั้งใจและเต็มใจ และกิจกรรม Pharmacist-patient communication มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้กิจกรรมทั้ง 3 อย่างข้างต้น ดำเนินไปได้และบรรลุเป้าหมาย ของกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย ดังนั้น ทุกกิจกรรมมีความสำคัญและจำเป็นต้องใช้ทุก กิจกรรมในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย และเนื่องจากกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยเป็น กระบวนการที่ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การ พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญบางประการ การนำผลการศึกษาไปใช้ต่อจึงควรระมัดระวัง ในประเด็นต่อไปนี้

1. ด้านรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ในระยะแรก ผู้วิจัยวางแผนใช้รูปแบบการศึกษาเป็น randomized clinical trial โดยมี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโอกาส

ที่เท่ากันในการได้รับหรือไม่ได้รับกิจกรรม และกระจายลักษณะทางประชากรต่างๆให้เท่ากันทั้ง สองกลุ่ม อย่างไรก็ตามด้วยบริบทของโรงพยาบาลและเงื่อนไขที่เปลี่ยนไปก่อนเริ่มทำการศึกษาก็จำเป็นต้องแบ่งระยะการเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการศึกษา ทั้งนี้บริบทของโรงพยาบาลและเงื่อนไขที่ผลต่อการปรับรูปแบบงานวิจัยและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง คือ

ระบบการนัดของโรงพยาบาล: แม้ว่าก่อนการวิจัย ผู้วิจัยจะได้เตรียมการขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้ตรวจให้นัดกลุ่มตัวอย่างมาพบทุกเดือน แต่ในช่วงเก็บข้อมูลโรงพยาบาลกำลังขาดแพทย์ประจำ มีเพียงแพทย์ใช้ทุนที่หมุนเวียนกันมาตรวจทุก 3 เดือน การนัดผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นทุก 3 เดือน ดังนั้นการสุ่มผู้ป่วยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยมีเงื่อนไขว่าผู้ป่วยต้องมารับบริการได้ทุกเดือนจึงอาจทำให้ไม่ได้จำนวนผู้ป่วยตามที่ต้องการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงวางแผนเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกให้ได้จำนวนมากที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ในระยะเวลาที่ทำการวิจัย

อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มี การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม แต่การวิจัยยังคงมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และพบว่าลักษณะทางประชากรรวมถึงสถานะสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ณ จุดเริ่มต้นของการศึกษา

## 2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อย

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 90 ราย แต่เมื่อเก็บข้อมูลจริงได้เพียง 56 ราย เนื่องจากผู้วิจัยจะให้ intervention กับผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ครั้งละ 1-2 ราย ครั้งละประมาณ 15-20 นาที ก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์หรือเข้าสู่กระบวนการรักษารูปแบบปกติ จึงทำให้ในแต่ละวันที่มีคลินิกเบาหวานนั้น เก็บข้อมูลได้ประมาณ 5-8 รายต่อวัน ประกอบกับเงื่อนไขระยะห่างของการนัดพบแพทย์และข้อจำกัดด้านกรอบระยะเวลาของการทำวิจัยเรื่องนี้ จึงไม่สามารถขยายเวลาเก็บผลการศึกษาได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจำนวนตัวอย่างจะต่ำกว่าที่คำนวณได้ แต่เมื่อคำนวณกำลังของการทดสอบ (power of the test) พบว่าได้ร้อยละ 89 ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างในตอนต้น (ร้อยละ 80)

## 3. ลักษณะและสถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการในผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีศักยภาพการดูแลตนเองระดับเร่งด่วนปานกลาง คือยังมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนไม่มาก ดังนั้นหากมีการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพการดูแลตนเองระดับอื่น ควรมีการปรับให้เหมาะสม เช่น กรณีที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพการดูแลตนเองระดับเร่งด่วนซึ่งคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมมากกว่ากลุ่มอื่น การให้ intervention และการประเมินผู้ป่วยอาจ

จำเป็นต้องเพิ่มรายละเอียดเรื่องภาวะแทรกซ้อน โรคร่วม ภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น และต้องมีการพูดคุยกับครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้อาจต้องวางแผนการให้ intervention เพิ่มใน ส่วนของการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยกลุ่มไม่เร่งด่วนซึ่งควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ค่อนข้างดี ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม อาจเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันและชะลอการดำเนินของโรคเบาหวาน

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้อยู่ในสังคมชนบทและมีการศึกษาไม่สูงนัก การนำ ผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสังคมเมืองหรือมีการศึกษาสูงขึ้น อาจปรับเนื้อหาและ จำนวนข้อคำถามให้ครอบคลุมรายละเอียดของโรคได้มากขึ้น เพราะผู้ป่วยอาจมีโอกาสรับความรู้ เรื่องโรคเบาหวานมาก่อนแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถอ่านหนังสือได้ ดังนั้นในการทำ แบบประเมินด้านต่างๆ จึงสามารถให้ผู้ป่วยเป็นผู้อ่านและตอบแบบประเมินเองได้ เป็นต้น

4. สถานที่เก็บข้อมูลในการวิจัยนี้ เป็น โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จัดเป็น โรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีรูปแบบการบริการที่ค่อนข้างยืดหยุ่นและจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก ประกอบกับผู้ให้บริการมีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการ ผลการศึกษาจึงอาจไม่เป็นตัวแทนของ สถานพยาบาลในระดับอื่น ดังนั้นหากมีการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรปรับกิจกรรมให้เหมาะสม เช่น การกำหนดบุคลากรและบทบาทในการร่วมทำกิจกรรม หัวข้อที่ใช้ในการส่งเสริมศักยภาพ ของผู้ป่วย และกำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆอย่างชัดเจน เพื่อให้กระบวนการ เสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยไม่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยตามปกติ

#### 5. แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความฉลาดด้านสุขภาพและแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองของ ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงจากผลการวิจัยก่อนหน้า และจากแบบประเมิน มาตรฐาน Self – Efficacy for Diabetes ของ Stanford Patient Education Research Center เนื่องจาก ยังไม่พบว่ามีแบบประเมินทั้งสองด้านที่ได้รับการพัฒนาเป็นภาษาไทยและจำเพาะกับผู้ป่วย โรคเบาหวาน แบบประเมินทั้งสองที่พัฒนาใหม่นี้ยังมีค่าความเที่ยงไม่สูงมากนัก คือ แบบประเมิน ความฉลาดด้านสุขภาพมีค่าความเที่ยง 0.5614 และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองมีค่า ความเที่ยง 0.6883

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปรับ รูปแบบการให้บริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลที่ทำวิจัย โดยปรับจากกิจกรรมที่เน้นการ ให้ความรู้เป็นหลักดังเช่นปัจจุบัน ให้มีกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน (information sharing, choice,

communication, shared decision making) มากขึ้น โดยบูรณาการเข้ากับระบบบริการประจำของโรงพยาบาล

2. โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ สามารถนำแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยไปปรับใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วย เช่น เพิ่มกระบวนการที่ชัดเจนในการทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และเข้าใจว่าตัวเองเป็นผู้ที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตน ในระหว่างการให้ความรู้และการให้คำปรึกษา เป็นต้น

3. กระทรวงสาธารณสุขพิจารณานำแนวทางนี้ไปผลักดัน ส่งเสริม ให้เกิดเป็นนโยบายเพื่อสถานพยาบาลรับไปดำเนินการในการวางแผนจัดบริการหรือจัดการโรคเบาหวาน เพื่อผลกรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย หรือประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาแบบวัดความฉลาดด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีความจำเพาะ ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมและการใช้ยาในโรคเบาหวาน เป็นต้น และตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยให้มากที่สุด รวมทั้งมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินที่สูงขึ้น

2. เพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลในส่วนของความฉลาดด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความร่วมมือในการใช้ยาเชิงลึกมากขึ้น เช่น สาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดหรือทำไมผู้ป่วยบางคนจึงคิดว่าตนเองมีความสามารถทำได้แค่นั้น เป็นต้น เนื่องจากข้อมูลเชิงลึกจะมีประโยชน์ในการนำไปวางแผนการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น

3. ปรับการให้ intervention เป็นการร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้ป่วยได้ครอบคลุมและได้รายละเอียดในเชิงลึกมากขึ้น ช่วยกันค้นหาและแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น และเป็นการส่งเสริมการทำงานลักษณะสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย