

ผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ
และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน
และความพึงพอใจในงานของพยาบาล



นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

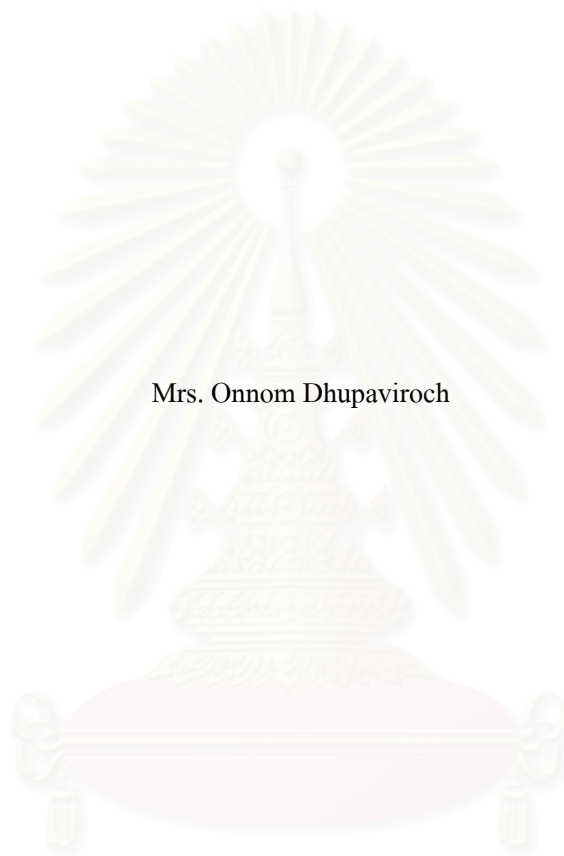
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF DISCHARGE PLANNING AND TELEPHONE FOLLOW UP
ON RE-ADMISSION AND NURSING SERVICE SATISFACTION OF
DIABETIC PATIENTS, AND NURSES' JOB SATISFACTION



Mrs. Onnom Dhupaviroch

สถาบันวิทยบริการ
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตรา
การกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย
เบาหวานและความพึงพอใจในงานของพยาบาล

โดย

นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

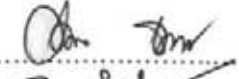
อ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์: ผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในงานของพยาบาล (EFFECTS OF DISCHARGE PLANNING AND TELEPHONE FOLOW UP ON RE-ADMISSION AND NURSING SERVICE SATISFACTION OF DIABETIC PATIENTS, AND NURSES' JOB SATISFACTION) อ. ที่ปรึกษา: รศ. ร.ศ.อ.หญิง คร. อุทิน อังสุโรจน์, 194 หน้า.


การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 70 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group posttest only Design) ได้แก่ กลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับบริการตามปกติที่หอผู้ป่วย จำนวน 35 คน กลุ่มทดลองเป็น ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ จำนวน 35 คน 2) กลุ่มตัวอย่างพยาบาล คือ บุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 35 คน โดย ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One group pretest posttest design) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) คู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ 2) โครงการอบรมเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์เพื่อพยาบาลที่มีคุณภาพ 3) คู่มือการสอนเรื่องโรคเบาหวานสำหรับพยาบาล 4) คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วย 5) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน 6) แบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย และ 7) แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลระยะที่ใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สูงกว่าระยะที่ใช้การบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยแสดงว่าผลการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ของผู้ป่วยเบาหวาน และเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล

สาขาวิชา : ...การบริหารการพยาบาล... ลายมือชื่อนิติต : 

ปีการศึกษา : ...2550..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา : 

4877859436: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: DISCHARGE PLANNING AND TELEPHONE FOLOW UP / RE- ADMISSION RATE / DIABETES MELLITUS/ NURSING SERVICE SATISFACTION OF DIABETIC PATIENTS / NURSES' JOB SATISFACTION

ONNOM DHUPAVIROCH : EFFECTS OF DISCHARGE PLANNING AND TELEPHONE FOLOW UP ON RE-ADMISSION AND NURSING SERVICE SATISFACTION OF DIABETIC PATIENTS, AND NURSES' JOB SATISFACTION.

THESIS ADVISOR : ASST. PROF. POLICE CAPTAIN YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D., 194 pp.

The purposes of this quasi-experimental research was to study effects of discharge planning and telephone follow up on re-admission of diabetic patients, patients' satisfaction of nursing service and nures' job satisfaction. Subjects were 70 patients were purposively assigned to an experimental group or a controlled group, 35 in each group. The experimental group received nursing care using the discharge planning and telephone follow up. The control group received routine nursing care. The research instruments included the discharge planning and telephone follow up, project discharge planning and telephone follow up for quality of nursing care and a handbook the discharge planning and telephone follow up with nursing service satisfaction questionnaire and nurses' job satisfaction questionnaire. All research instruments were tested for content validity by a panel of five experts. The re-admission questionnaire, patients' satisfaction of nursing service questionnaire and nurses' job satisfaction questionnaire had Cronbach's alpha coefficient of 0.98 and 0.95, respectively. All data were analyzed by mean, standard deviation, and t-test.

Majors results were as follows:

1. Re-admission rate in diabetic patients who received the discharge planning and telephone follow up were less than that of the diabetic patients who received routine nursing care, at the 0.5 level.
2. Patients' satisfaction of nursing service who received the discharge planning and telephone follow up were significantly higher than that of the diabetic patients who received routine nursing care, at the 0.5 level.
3. Nurses' job satisfaction after discharge planning and telephone follow up was significantly higher than before discharge planning and telephone follow up, at the 0.5 level.

This result suggest that discharge planning and telephone follow up affect on re-admission of diabetic patients, patients' satisfaction of nursing service and nurses' job satisfaction

Field of Study : ..Nursing Administration.. Student's Signature.....
 Academic Year :2007..... Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความดูแลอย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรปกรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษาที่มีประโยชน์ กราบขอบพระคุณ นางพรทิพย์ รัตนวิชัย ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, ดร.รัตนา จารุวรรณ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุข, ดร.ยุวดี เกตุสัมพันธ์ หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, ผศ. ดร. ประนอม รอดคำดี อาจารย์บางเวลา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, น.ส. รัชชิตา ตันติวรสกุล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ (อายุรศาสตร์) ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหาร ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล พยาบาลผู้ตรวจการ พยาบาลหัวหน้าและเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานและญาติทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดีตลอดมาสุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมสถาบันที่ต่างช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และขอขอบคุณท่านอื่นๆ ที่ได้ช่วยเหลือและมีได้กล่าวถึงในที่นี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
ปัญหาการวิจัย.....	9
แนวเหตุผลสมมติฐานการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย.....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	18
การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์.....	60
การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน.....	81
แนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ.....	84
แนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาล.....	87
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	90
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	96
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	97
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	98
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	100
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	108
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	122

บทที่		หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	123
5.	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	138
	สรุปผลการวิจัย.....	140
	อภิปรายผลการวิจัย.....	141
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	148
	รายการอ้างอิง.....	151
	ภาคผนวก.....	158
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	159
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	166
	ภาคผนวก ค เครื่องมือในการวิจัย.....	172
	ภาคผนวก ง ตัวอย่าง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS.....	185
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	194

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์.....123
2	ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์.....124
3	เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์.....125
4	ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทาง โทรศัพท์ จำแนกรายด้าน.....127
5	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์.....128
6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์.....129
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์.....131
8	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์.....133
9	เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ จำแนกตามรายด้าน.....134
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ด้านความสำเร็จ.....135
11	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล เกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์ ด้านอำนาจในการทำงาน..136
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ด้านสัมพันธภาพ.....137

สารบัญญภาพ

แผนภาพที่

หน้า

1	ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์.....	111
---	---	-----



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) ที่มุ่งสู่การเป็น “สังคมที่เข้มแข็ง มีคุณภาพ” เน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพแบบองค์รวมยึดคนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ตลอดจนการสร้างภูมิคุ้มกันแก่ผู้ป่วยและการดูแลตนเอง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ โดยให้ระบบการบริการพยาบาลและบุคลากรพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพและเป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีการนำเงื่อนไขของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ (Diagnosis Related Group: D.R.G) กล่าวคือมีจำนวนวันที่แน่นอนของการอยู่โรงพยาบาล และจำกัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ มีการปรับปรุงการใช้ทรัพยากรบุคลากรให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยการออกแบบระบบการพยาบาลในการให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนหรือผู้มารับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพให้กลับคืนสู่สภาพสมบูรณ์แข็งแรงให้เร็วและมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้มารับบริการตามบทบาทหน้าที่บริการพยาบาลให้ครอบคลุมบริการ 4 มิติ คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ (ทัศนา บุญทอง, 2543: 22-29) ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเกิดการแข่งขันและตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลในภาครัฐ ส่วนใหญ่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาลและมีการตรวจสอบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประกันคุณภาพให้กับผู้ใช้บริการ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการมีผลผลักดันการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารงานทางสุขภาพและการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ และสถานการณ์ที่แท้จริง ซึ่งการบริการพยาบาลต้องรักษาคุณภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ (ยุพิน อังสุโรจน์, 2541) ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพ

กลไกที่สำคัญสำหรับการจัดบริการทางการพยาบาลคือ การจัดการพยาบาลที่มีการต่อเนื่อง (Continuity of care) เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย (วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 76-77) โดยได้รับการสนับสนุนอย่าง

จริงจังกจากเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ มุ่งเน้นให้มีการสอนการดูแลตนเองที่บ้าน เนื่องจากสถานพยาบาลของรัฐมีอยู่ไม่เพียงพอที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นเวลานานได้ จึงจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดหรือทันทีที่อาการเจ็บป่วยดีขึ้น และเปลี่ยนเป็นการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านแทน (กฤษดา แสงดี, ชีรพร สติธอังกูร, และเรวดี ศิรินคร, 2539: 1) จึงเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพที่จะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว ตลอดจนส่งเสริมให้มีระบบการส่งต่อ และติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการบริการสุขภาพเชิงรุก ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง และขยายขอบเขตของความต้องการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพไปสู่การดูแลที่บ้านมากขึ้น (รุจา ภูไพบูลย์, 2537: 52) เป็นการตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการที่ต้องการได้รับบริการที่ดีต่อเนืองอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล สามารถดูแลตนเองหรือครอบครัวได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับมาป่วยซ้ำ ผู้บริหารการพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้การจัดการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง ให้ถูกนำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง สนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้อัตราผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ไม่สามารถรักษาพยาบาลให้หายขาดได้ในเวลาจำกัด มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ทัศนยา บุญทอง, 2543: 16) มีภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย ซึ่งได้แก่ เบาหวาน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2539: 103)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและมีอัตราการเป็นโรคมามากยิ่งขึ้น จากการสำรวจอัตราการเป็นโรคเบาหวานทั่วโลกเมื่อ พ.ศ. 2543 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 180 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นถึงสองเท่าใน พ.ศ. 2573 เป็น 336 ล้านคน (WHO, 2006a) สำหรับในประเทศไทยโรคเบาหวานนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับชาติ อัตราการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นกัน ปัจจุบันพบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 2.4 ล้านคน (WHO, 2006b) จากประชากรทั่วประเทศ 63 ล้านคน (Thailand Health Profile, 2004) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุการตายอันดับสามของสาเหตุการตายทั้งหมดของคนไทย การป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อให้เกิดผลเสียอย่างมากต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น การสูญเสียการมองเห็น การมีแผลลุกลามรักษาไม่หาย จนต้องได้รับการผ่าตัดอวัยวะส่วนปลายทิ้ง ภาวะแทรกซ้อนทางไต ย่อมมีผลต่อสุขภาพกาย (Physical health) สุขภาพจิต (Psychological health) ตลอดจนสถานภาพทางการเงิน (Economic status) และความสัมพันธ์ทางสังคม (Social connectedness) ของตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคมผู้ป่วย

บางส่วนไม่รู้การปฏิบัติตนที่ถูกต้องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ในส่วนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นโรงพยาบาลขนาด 460 เตียงมีนโยบายปรับปรุงคุณภาพบริการ โดยเข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เมื่อปี พ.ศ. 2548 และ Hospital Reaccreditation ในปีพ.ศ. 2551 ใช้กระบวนการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (TQM) เน้นโปรแกรมการบริการเชิงรุก และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ให้บริการผู้ป่วยไม่จำกัดอายุ และเพศ เน้นงานบริการพยาบาลที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษา การฟื้นฟู การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการพยาบาลจำนวน 15 คน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2550 โดยการพูดคุยซักถามผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายกลับบ้านใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที โดยสอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนของการเข้ารับการรักษา อรรถาธิบายของผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และขั้นตอนการรักษา การฝึกทักษะการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากแพทย์และพยาบาล จากการศึกษาข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยในเกี่ยวกับบริการพยาบาลที่ได้รับในปี 2549 ที่ผ่านมา พบปัญหาที่เกิดจากการทำงาน เช่น พยาบาลพูดจาไม่ไพเราะ พยาบาลไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยในระหว่างปฏิบัติงานเสียงดัง ไม่มีเวลาในการพูดคุยเรื่องสุขภาพกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีข้อสงสัยในการปฏิบัติตน ไม่รู้เรื่องโรคของตนเองชัดเจนและมีแนวทางขั้นตอนอย่างไรในการรักษาเมื่อมาอยู่ในโรงพยาบาล จะต้องเตรียมตัวอย่างไร และเมื่อกลับบ้านจะปฏิบัติให้ถูกต้องอย่างไรจึงไม่กลับมารักษาซ้ำอีก สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ ท้อแท้หมดกำลังใจ การจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่เป็นไปตามขั้นตอน ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่ตนมีอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินการบริการสุขภาพของพยาบาลไม่ดีเท่าที่ควร เช่นเดียวกันพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะมุ่งปฏิบัติงานในหน้าที่ให้แล้วเสร็จตามความรับผิดชอบ สอดคล้องกับจอม สุวรรณโณ (2541) ที่กล่าวว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบต่างๆ รวมถึงการดูแลแบบทีม (Team method) ว่ามีข้อจำกัดในการให้บริการ ที่เห็นได้ชัด คือไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ขาดการติดต่อสื่อสารและร่วมมือกันของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วนไม่ต่อเนื่อง ผลที่ตามมาคือผู้ใช้บริการหายจากโรคซ้ำ กลับมาป่วยซ้ำทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบเดิมนั้นไม่ได้ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ เนื่องจากพยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยที่แท้จริงอีกทั้งขาดการติดต่อประสานการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพอื่นๆ จะยิ่งส่งผลให้การพยาบาลด้อยคุณภาพไปอีก (Cohen, 1993)

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับงบประมาณจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการบริหารจัดการในโรคเรื้อรังและมีการติดตามตัวชีวิตให้ได้ตามเกณฑ์ มีผลต่อการจัดสรร

งบประมาณให้กับทางโรงพยาบาล (แผนปฏิบัติการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2551) ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคหนึ่งที่เป็นนโยบายของโรงพยาบาลด้านความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคเครื่องชี้วัดที่สะท้อนหน่วยบริการ โรคเบาหวานคืออัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเบาหวานโดยไม่ได้นัด ภายใน 28 วัน จากข้อมูลทางสถิติของงานอายุรกรรม ระหว่างเดือนตุลาคม 2549 ถึงเดือนมิถุนายน 2550 พบว่ามียอดผู้ป่วยเบาหวาน 3,402 ราย เป็นผู้ป่วยในต่อปีเฉลี่ย 1,060 ราย อัตราการกลับมารักษาด้วยภาวะความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด 29.48% ผู้ป่วยบางรายกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายหลังจำหน่าย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันด้วยความไม่รู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติที่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 9.48 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สถานพยาบาลอื่นอีก จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาซ้ำ พบว่ามีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ความไม่รู้วิธีการใช้ยาเบาหวานเมื่อร่างกายมีภาวะเจ็บป่วยอื่นแทรกขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะวิกฤติ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ภาวะเครียด ภาวะโรคอื่นร่วม

การปฏิบัติงานของพยาบาล ส่วนมากจะแนะนำในวันที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เร่งด่วนทั้งกับพยาบาลในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการสังเกต และการปฏิบัติตัว พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจะมีความวิตกกังวลสูงจากการเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้ทั้งหมด พยาบาลมีกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องกระทำมากมายในขั้นตอนการจำหน่าย เช่น การรับคำสั่งแพทย์ การคิดเงินค่ารักษาพยาบาล การเขียนใบสั่งยา การจัดยา และการให้คำแนะนำต่างๆ ขาดการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขา ในขณะที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวกลับบ้าน การไปซื้อยา การชำระเงินค่ารักษา และการติดต่อผู้มารับกลับบ้าน ทำให้ขาดความสนใจข้อมูลที่พยาบาลให้ในช่วงเวลานั้นๆ นั้น อีกทั้งในช่วงเวลาที่จำกัดนี้ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้หรือการฝึกทักษะจนเกิดความมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองได้ที่บ้าน ครอบครัวมิได้มีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจ ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (ดารณี จามจรี และคณะ, 2545; สมพร โชติวิทย์ธารากร, 2546) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกลับซ้ำ หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วรรตมา สุขวัฒนานันท์, 2540; พิรุณรัตน์ นวนิช, 2543) และส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ ประกอบกับโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงอยู่ไม่เพียงพอที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นเวลานานได้ จึงจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดหรือทันทีที่อาการเจ็บป่วยดีขึ้น และเปลี่ยนเป็นการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพที่บ้านแทน (กฤษดา แสวงดี, ชีรพร สติธรังกูร, และเรวดี ศิรินคร, 2539: 1 จึงมีข้อเสนอแนะจากทีมการพยาบาลว่าควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วางแผน

และต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง ลดอัตราการกลับมา รักษาซ้ำจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานในอัตราที่สูงและความเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอยู่ในชุมชน ก่อให้เกิดผลเสียและผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศ ผลเสียต่อผู้ป่วย พบว่า มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีฐานะยากจนลงเนื่องจากขาดรายได้จากการทำงาน และขาดอิสรภาพเนื่องจากต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์ พยาบาล (Sullinger, 1988) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องเป็นภาระในการคอยดูแลเมื่ออยู่โรงพยาบาล ขาดรายได้จากการทำงาน หลายครอบครัวต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากค่ารักษา ค่าเดินทาง (ประไพศรี นุรณางกูร, 2546) บางครอบครัวต้องขอยืมค่าเดินทางและค่ารักษาพยาบาล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ผลกระทบต่อสังคม พบว่า ผู้ป่วยไม่มั่นใจในตนเองเนื่องจากสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่ ส่วนผลกระทบต่อประเทศนั้นมีทั้งขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล เห็นได้จากการสำรวจค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 40 ล้านบาท (Carpenter & Buchman, 1995) สำหรับประเทศไทย การวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 789 บาท/ ครั้ง ผู้ป่วยใน 17,624 บาท/ราย (สุนย์ สิทธิบัตร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2550) ในแต่ละปีประเทศไทยจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จากร้อยละ 5.62 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมดในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.48 ในปี พ.ศ. 2550 ดังนั้นปัญหาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกฝ่ายควรพิจารณาหาแนวทางป้องกันโดยเร่งด่วน ซึ่งการจะป้องกันปัญหาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน

สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อยๆ คือ 1) การขาดความรู้ในการดูแลตนเองในเรื่องการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม ภาวะเครียด การติดเชื้อ การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) การขาดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง 3) ภาวะโรคร่วม และ 4) การไม่มาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง (ทูลภา บุญผาสังข์; 2545)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่ง ที่พยาบาลควรปฏิบัติกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการวางแผนจำหน่าย และทีมสุขภาพทุกคนต้องมีความรับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Field, 1980) การ

วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี ควรได้มีการปรึกษากันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนด้วยตามความเหมาะสม และควรเริ่มวางแผนจำหน่ายให้เร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการสอน (Pfaff and Terry, 1980 อ้างถึงใน สราญจิตต์ กาญจนานา, 2538) การสอนเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้กิจกรรมพยาบาลด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความสามารถปรับตัวขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับสู่ชุมชน (จำเรียง กุระสุวรรณ, 2532 อ้างถึงใน สราญจิตต์ กาญจนานา, 2538) ในทางตรงกันข้าม McKeehan and Coulton (1981) ได้พบว่าผู้ป่วยหลังการจำหน่ายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี อีกทั้งมีการดำรงชีวิตที่บ้านไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้กลับมารักษาซ้ำ และมีงานวิจัยสนับสนุนว่าการวางแผนจำหน่ายช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ลดค่าใช้จ่าย ดังนั้น การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในการนำมาปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำบ่อย

การวางแผนจำหน่ายควรมีการสร้างสัมพันธภาพในขณะตรวจเยี่ยม มีการพูดคุยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบแผนและกิจกรรมการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ สุวพิร์ จันทรเจษฎา (2547) พบว่าผลของการจัดการรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลจากก่อนการจัดการรูปแบบการวางแผนจำหน่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภชัย นวลสุทธิ์ (2542: 102) ที่พบว่า ขั้นตอนการกำหนดแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล และการติดตามผู้ป่วย เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และทีมสุขภาพ จะทำให้สามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องเตรียมพร้อมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ให้มีกระบวนการที่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพทำงานร่วมกัน มีรูปแบบชัดเจนที่จะช่วยให้สามารถย้ายผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ไปสู่สิ่งแวดล้อมอื่นได้ สิ่งแวดล้อมดังกล่าวอาจเป็นโรงพยาบาล สถานพยาบาล บ้าน หรือชุมชนของผู้ป่วย ช่วยให้คุณภาพของการบริการพยาบาลดีขึ้น บริการของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลมีมาตรฐานมากขึ้น และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยและญาติได้รับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมยิ่งขึ้น มีระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพโดยการเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสุขภาพ (Home Visit) ซึ่งนับเป็นวิธีการหนึ่งที่จะนำบริการสุขภาพไปสู่ประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งตน

จากข้อจำกัดในด้านบุคลากรและงบประมาณ พบปัญหาเกิดจากการดูแลต่อเนื่องคือการติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไปเยี่ยมแล้วไม่พบผู้ป่วย ไม่มียานพาหนะ ค่าใช้จ่ายแพง การใช้เทคโนโลยีเช่น โทรศัพท์ในการดำเนินงานในการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงน่าจะมีความสำคัญ

ปัจจุบันในต่างประเทศ วิธีเยี่ยมบ้านผ่านโทรศัพท์ เพื่อติดตามประเมินผลการวางแผนจำหน่าย (Haiight, 1987 cited in Evan, 1995) เป็นวิธีการที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากโทรศัพท์สามารถเข้าถึงผู้ใช้บริการได้ง่าย ประหยัดเวลา บุคลากร และค่าใช้จ่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถติดตามผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเป็นจำนวนมากได้ ในแต่ละสัปดาห์กระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง (Evan, 1995; McBride & Rimer, 1999; Stricklin, Jones, & Niles, 2000) ให้ได้รับการเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะคอยกระตุ้นชี้แนะเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยและญาติ สามารถปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ และสามารถลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Shu, Mermina, & Nystrom, 1996; Dobson & Block, 1988)

การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ จึงเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้าน ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ทั้งนี้การให้บริการจะต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลในครอบครัว โดยที่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ ด้วยการช่วยเหลือให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Rorden & Taft, 1990: 118; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545: 3) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ นั่นคือ ตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือรับไว้ในความดูแล จนกระทั่งกลับบ้านและควรติดตามการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจะช่วยลดระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางด้านผู้ใช้บริการและโรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการเดิม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ (McKeehan, 1981: 72-80) ในปี ค.ศ. 1990 องค์กรร่วมในการรับรองคุณภาพสถานบริการสุขภาพ (Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organization [JCAHO]) ได้จัดโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และถือเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาล (กฤษดา แสงวงดี และคณะ, 2539: 3) ดังที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 โดยกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพมีการพยาบาลในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (เรวดี สิรินคร และคณะ, 2539: 16)

ในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยเบาหวาน ในการดำเนินการครั้งนี้ได้ผสมผสานแนวความคิดการวางแผนจำหน่ายของ McKeehan & Coulton (1985) รูปแบบ METHOD ของ Hucy (1986) และการติดตามทางโทรศัพท์

ของ Elliott & Reimer (1998) เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน ช่วยสร้างสัมพันธภาพในการทำงาน เกิดความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด และจะเป็นการช่วยลดความขัดแย้งเกิดความผูกพันกับงาน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานมีพันธะสัญญาต่อการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายสูงสุดขององค์กรซึ่งเป็นแนวคิดการจัดการการดูแลที่มีความต่อเนื่อง (Continuity of care) ตลอด 24 ชั่วโมงของพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคของตนเอง และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและการแก้ไขเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองที่ถูกต้องตั้งแต่การใช้จ่าย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน การนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมาใช้ จะเป็นแนวทางในการกำหนดแผนการดูแลของพยาบาล การประสานงานของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการดูแลตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยมีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางเป็นการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลตนเองต่อที่บ้าน และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล (More, 1997) ญาติมีส่วนร่วมรับรู้และให้ความร่วมมือสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายขององค์กร เป็นความรู้สึกลึกซึ้งดีพอใจ หรือชื่นชอบของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์รวมที่ได้จากการที่เข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวัง ความต้องการ (Brown, 1992) ถือว่าเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงคุณภาพบริการ ผู้บริหารทางการแพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาล ดังนั้นจึงต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ และสามารถให้การดูแลสุขภาพตนเองได้ ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Mansfield, Ejaz, and Wemer, 1999; ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) จากการศึกษาของ สุวีร์ จันทรเจษฎา (2547) พบว่าผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวและเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษารูปแบบดังกล่าวในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามาก่อน เพื่อเป็นการจัดรูปแบบการให้บริการเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ และเพื่อให้เกิดประโยชน์ ในการศึกษา ค้นคว้า วิจัยทางการแพทย์ในการใช้เทคโนโลยีอื่นๆ ในการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

ปัญหาการวิจัย

การใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีผลต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (Discharge planning and telephonic follow up) เป็นรูปแบบการบริการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) ซึ่ง McKeehan & Coulton (1985) รูปแบบ METHOD ของ Hucy (1986) และ Elliott & Reimer (1998) ได้ระบุให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการของการประสานงานที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม และการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลตนเองต่อที่บ้าน โดยประกอบด้วยกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินรูปแบบการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งปัจจุบันและก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยเฉพาะที่เกี่ยวกับการจำหน่าย ซึ่งได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การกำหนดแผนในการดำเนินการ โดยผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. ดำเนินการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย
4. ประเมินผล ซึ่งเริ่มต้นที่ดำเนินการ อาศัยส่วนประกอบที่สัมพันธ์กัน 4 ส่วนคือ ตัวผู้ป่วยต้องได้รับสิทธิที่ควรจะได้รับในการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงกลับ

บ้าน เพื่อให้ได้แผนการดูแลที่สมบูรณ์และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย มีการคำนึงถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น บ้านของผู้ป่วย หรือบุคคลสำคัญ องค์กรหรือสถาบันต่างๆ ที่ให้บริการในชุมชนซึ่งการมีทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้หลายทาง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล มีการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมมีนจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแต่ละด้านอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร มีการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย โดยใช้แนวคิดแบบ METHOD ของ Hucy et al. (1986) มาเป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (Medication: M) 2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม (Environment & Economic: E) 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการ การจัดการภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง (Treatment: T) 4) รู้วิธีการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Health: H) 5) ทราบแหล่งประโยชน์ที่ควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรืออาการเจ็บป่วย (Outpatient Referral: O) 6) ให้ความรู้ให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม ตามข้อจำกัดด้านภาวะสุขภาพ (Diet: D) เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และการติดตามทางโทรศัพท์ที่เป็นกิจกรรมหนึ่งในการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ส่วนผลลัพธ์ในการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ผู้ป่วยเบาหวาน จะประเมินจาก อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล และนำผลการวิจัยของ นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ (2549) ซึ่งศึกษาผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การผสมผสานแนวคิดของ McKeehan & Coulton (1985) และ METHOD ของ Hucy et al. (1986) มาเป็นเนื้อหากิจกรรมในรูปแบบที่สร้างขึ้น มีการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย การวางแผนกิจกรรมจัดทำรูปแบบการให้ความรู้ในแต่ละด้าน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ภาวะสุขภาพ ระบบการส่งต่อ และโภชนาการ พบผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้น และมีความพึงพอใจในการรับบริการจากพยาบาล ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง และจากการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ระหว่างพยาบาลกับทีมสุขภาพ มีการวางแผน และปฏิบัติ

ตามการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 10 ซึ่งน้อยกว่ารูปแบบเดิม คือร้อยละ 23 (Haddock, 1994: 248-252)

ในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย Davis and Bush (1995) ได้พัฒนาเครื่องมือมาจาก Risser (1995) กล่าวว่าความพึงพอใจเป็นเจตคติที่สะท้อนถึงระดับความสอดคล้องกันในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่เขาได้รับ เป็นการประเมินผลลัพธ์ ที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดความคาดหวัง หรือความต้องการของผู้ป่วย และมีจุดประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ มุ่งองค์ประกอบในการประเมิน 4 ด้าน คือ การดูแลด้านจิตใจ การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายและการติดตามการดูแลต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสาร และความสามารถทางการปฏิบัติงาน ซึ่งจากการศึกษาของ พัชรีย์ ทองแม่ (2540) ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน เขต 2 โดยใช้แนวคิดในการสร้างแบบประเมินพบว่า ทักษะของพยาบาลในการให้บริการ มีผลต่อการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วย ด้านการบริการเอาใจใส่จิตใจเป็นรายบุคคล มีความสนใจการพูดหรือการกระทำของพยาบาล ที่ทำให้เกิดความมั่นใจ มีความรู้เพียงพอ และจากการศึกษาของ เกศริน จันทรนิมิตรศรี (2546) พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยส่วนหนึ่ง เกิดจากพยาบาลอธิบายข้อมูลสุขภาพ ด้วยภาษาและวิธีการที่ใช้ในการอธิบายที่เข้าใจง่าย มีการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตั้งแต่วันแรก รับถึงวันจำหน่ายออกจากแผนกผู้ป่วย ด้วยการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนเป็นระยะ เป็นการเตรียมตัวเตรียมใจผู้ป่วย รวมถึงมีการบอกกล่าวถึงกำหนดการล่วงหน้าและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน และจากการศึกษาของ สุภา ดันตวิสุทธิ (2532) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย และความต้องการคำแนะนำจากพยาบาลหลายๆ ด้าน

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล บุคคลจะพึงพอใจถ้าสามารถทำงานแล้วประสบผลสำเร็จ ได้ใช้ความรู้ความสามารถ มีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมาย และในการทำงานนั้น ถ้าได้ร่วมมือกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และมีความเข้าใจกันในการทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ก็จะทำให้บรรยากาศในการทำงานดี ผู้ปฏิบัติงานก็มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบทำงาน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (2001) เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland ได้กล่าวถึงความต้องการซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน และผลจากการปฏิบัติงานจะนำไปสู่ความพึงพอใจ ซึ่งสามารถใช้ประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดี ในการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลประกอบด้วย ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการอำนาจ และความต้องการด้านสัมพันธภาพ

จากการศึกษาของสมศิริ พรหมทอง (2545) ได้ศึกษาผลของการปฏิบัติงานโดยใช้เพิ่ม สะสมผลงานต่อความพึงพอใจในการประเมินผลการปฏิบัติงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้ใช้ทฤษฎีความต้องการของ McClelland เป็นแนวทางในการสร้างแบบ ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลเช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ พบว่าหลังการใช้การประเมินผลการ ปฏิบัติงานโดยใช้เพิ่มสะสมงานสูงกว่าก่อนการใช้การประเมินการปฏิบัติงานโดยใช้เพิ่มสะสม ผลงานอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และความพึงพอใจในการประเมินผลการปฏิบัติงานและ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล กลุ่มที่สูงกว่ากลุ่มที่ใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

สมมติฐานการวิจัย

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานลดลงหลังการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริการพยาบาลสูงขึ้นหลังการใช้การ วางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
3. ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบของพยาบาล สูงขึ้นหลังการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มุ่งศึกษาผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายและ การติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึง พพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่ศึกษาในผู้ป่วยใน ทั้งที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปริมณฑล และต่างจังหวัด

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์และการวางแผน จำหน่ายตามปกติ

ตัวแปรตาม ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจใน บริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึง ลักษณะการจัดการการ ดูแลทางการแพทย์ ที่มี การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจาก โรงพยาบาล รวมถึงการดูแลสุขภาพต่อที่บ้าน โดยผสมผสานแนวคิดของ Mckeehan & Coulton

(1985) รูปแบบ M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al. (1986) และ Elliott & Reimer (1998) ซึ่งประกอบด้วย 1) กำหนดโครงสร้าง (Structure) เพื่อมอบหมาย บทบาทหน้าที่คามรับผิดชอบของบุคลากรอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในใบมอบหมายงาน ครอบคลุมระยะเวลา 5 วัน ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันอย่างชัดเจน และมีผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้ประสานงานในการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ 2) กระบวนการ (Process) ในการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment), การวินิจฉัย (Nursing diagnosis), การกำหนดแผนการปฏิบัติ (Prescription of plan), การปฏิบัติ (Implementation), การประเมินผล (Evaluation) เป็นการติดตามผลการวางแผนก่อนจำหน่ายและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ตามแนวคิดของ Elliott & Reimer (1998) โดยการกระตุ้นชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นการช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกภายหลังจำหน่าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด โดยใช้การโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล เพื่อติดตามว่าผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องตามแผนการจำหน่าย 3) ผลลัพธ์ (Outcome) คืออัตราการกลับมารักษาซ้ำ และความพึงพอใจ การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยใช้แนวคิด M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al. (1986) มาเป็นแนวทางได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (M: Medication) สิ่งแวดล้อมและภาวะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย (E: Environment & Economic) การรักษาพยาบาล (T: Treatment) ภาวะสุขภาพ (H: Health) ระบบการส่งต่อ (O: Outpatient referral) และ โภชนาการ (D: Diet)

2. การวางแผนจำหน่ายตามปกติ หมายถึง ลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาล ประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายในวันแรกรับ (ถ้าจำเป็น) หลังจากนั้นให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาลในแต่ละวันให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา กิจกรรม และ การออกกำลังกาย ขั้นตอนการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยนำคำแนะนำที่ได้รับไปปฏิบัติ รวมทั้งการตอบคำถามของผู้ป่วย และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยตามปัญหา(ถ้าจำเป็น) และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยหน่วยงานเวชกรรมสังคมตามแบบฟอร์มที่หน่วยงานอายุรกรรมส่งต่อให้

3. อัตราการกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานกลับมาป่วยซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ด้วยความไม่รู้การปฏิบัติในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะความผิดปกติของระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้นแล้ว และหรือเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติจากสาเหตุของโรคร่วม มีอาการอีก จนถึงต้องกลับเข้ารับการรักษาใน

สถานพยาบาลภายใน 28 วันหลังจำหน่าย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2547) ซึ่งประเมินได้จากการทบทวนแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย เช่น OPD Card หรือเวชระเบียน

4. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ระดับความคิดหรือความรู้สึกยินดีชื่นชอบของผู้ป่วยเบาหวานต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยใช้แนวคิดของ Davis and Bush (1995) มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

4.1 ความความสามารถทางการปฏิบัติงาน (Technical competency) หมายถึง การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ด้วยความรู้ ความสามารถ สนองตอบความต้องการของผู้ป่วย และญาติได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการดูแล อธิบายหรือให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยได้ตามหลักวิชาการ

4.2 ด้านการดูแลจิตใจ (Psychological safety) หมายถึง การให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ ความอบอุ่น อ่อนโยน สอบถามอาการและอาการแสดง ให้ความสำคัญรับฟังปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกและปฏิกิริยาการแสดงของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม

4.3 ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (Informative giving) หมายถึง การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ระหว่างการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่เข้าพักรักษาตัวจนถึงการจำหน่าย ด้วยวาจา และนำเสนอด้วยสื่อรูปแบบต่างๆ การให้สุขศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถามและให้คำแนะนำการดูแลได้ถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่อง

4.4 คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามต่อเนื่อง (Discharge teaching) หมายถึง การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพของคนในเรื่องต่างๆ เช่น ยา อาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ ก่อนที่จะจำหน่ายจากแผนก รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและการติดตามดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลประจำการต่อความรู้สึกนึกคิดในการปฏิบัติ การแก้ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ McClelland (2001) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

5.1 ความสำเร็จ หมายถึง การทำงานของพยาบาลที่ต้องการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่องานประสบผลดีขึ้น และรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของงานที่เกิดจากความพยายามในการกระทำ จะทำงานได้ดีขึ้น

5.2 อำนาจในการทำงาน หมายถึง ความต้องการให้มีผลกระทบ มีอิทธิพลและควบคุมผู้อื่นได้ มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น ผู้ที่ต้องการมีอำนาจจะมีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับมอบหมาย

5.3 สัมพันธภาพ หมายถึง ความต้องการการยอมรับจากผู้ร่วมงานและทีมสหสาขา วิชาชีพที่คอยช่วยเหลือและขอประสานงานที่ควรใช้ความร่วมมือ และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน

6. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่สำเร็จการศึกษาพยาบาล ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

7. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดหรือยาฉีดอินซูลิน และรับไว้รักษาตัวในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ด้วยโรคเบาหวาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ได้รับบริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยเรื้อรังอื่นให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป
3. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วย โดยพัฒนาการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสื่อสารอื่น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ที่มีต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6 หัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 - 1.1 โรคเบาหวาน
 - 1.2 โรคเบาหวานในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
 - 2.1 แนวคิดการวางแผนจำหน่าย
 - 2.2 แนวคิดการติดตามทางโทรศัพท์
3. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.1 ความหมายการกลับมารักษาซ้ำ
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.3 การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ
4. ความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ
 - 4.1 ความหมายความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
 - 4.3 ความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการในการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
5. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล
 - 5.1 ความหมายความพึงพอใจในงานของพยาบาล
 - 5.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล
 - 5.3 ความพึงพอใจในงานการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

1.1 โรคเบาหวาน

อุบัติการณ์โรคเบาหวานเป็นภาวะสุขภาพที่แสดงถึงการเจ็บป่วยเรื้อรัง แม้จะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่ติดต่อ แต่ก็ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

ความหมายของเบาหวาน

สมาคมต่อไร้ท่อแห่งประเทศไทย (2543) ได้ให้ความหมายของเบาหวานว่า หมายถึง ภาวะที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ (Hyperglycemia) โดยการตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดก่อนอาหารเช้าหลังอดอาหาร (Fasting) อย่างน้อย 8 ชั่วโมงหรือมีค่าสูงกว่าหรือ เท่ากับ 126 มิลลิกรัม ในเลือด 100 มิลลิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อเวลาใดก็ตาม เพียงครั้งเดียว (Random) มีค่าสูงกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมในเลือด 100 มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการของเบาหวาน (ปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลงไม่ทราบสาเหตุ) หรือการทดสอบความทนต่อกลูโคสนาน 2 ชั่วโมง (2-Hours Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) โดยการตรวจน้ำตาลในเลือดก่อน (0 ชั่วโมง) และ 2 ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำกลูโคส 75 กรัม หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมในเลือด 100 มิลลิลิตร

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของเบาหวาน (The Expert Committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000: S4-S19) ได้ให้คำจำกัดความของเบาหวานไว้ว่าหมายถึง ภาวะที่เกิดจากกระบวนการของพยาธิสภาพหลายๆ อย่างมา รวมกัน คือ การถูกทำลายของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ซึ่งมีผลต่อการหลั่งของอินซูลิน และมีผลกระทบต่อการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือ เท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก่อนรับประทานอาหารเช้าอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

Dunning (1994: 1) ให้ความหมายของเบาหวานว่า เป็นความผิดปกติของร่างกายในการเผาผลาญน้ำตาล ไขมันและโปรตีน ทำให้อินซูลินไม่เพียงพอ หรือการตอบสนองต่ออินซูลินลดลง ทั้งสองอย่างนี้ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง และมีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ

Black & Jacobs (1993: 1775) ได้ให้คำจำกัดความของเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่เกิดจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อการเผาผลาญโปรตีนและไขมัน เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กและใหญ่ รวมทั้งระบบประสาทด้วย

วิทยา ศรีดามา และพันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์ (254: 1) ให้ความหมายของเบาหวานไว้ว่า เบาหวานมีลักษณะ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดเนื่องจากมีอินซูลินน้อย หรือร่างกายไม่

ตอบสนองต่ออินซูลิน การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย รับประทานเก่ง แต่น้ำหนักลดลง

กล่าวโดยสรุป เบาหวานหมายถึงภาวะสุขภาพเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ในการผลิตอินซูลิน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเซลล์ประสาท โพรตีน และไขมัน เป็นผลทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กและใหญ่ ร่วมกับอาการปัสสาวะบ่อยๆ หิวน้ำบ่อย รับประทานอาหารเก่ง แต่น้ำหนักตัวลดลงโดยตรวจพบระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 100 มิลลิกรัม อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือการทดสอบความทนต่อกลูโคสนาน 2 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม ในเลือด 100 มิลลิกรัม

สาเหตุของการเกิดเบาหวาน

1. เบาหวานเกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ออกฤทธิ์ไม่ดีเท่าที่ควร (บุญทิพย์ สิริรังสี, 2538: 8) ซึ่งสาเหตุของเบาหวานพบว่า มีปัจจัยสนับสนุนก่อให้เกิดเบาหวาน 4 ประการ (Dewit, 1998) คือ

2. ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ผู้ที่มีพี่น้องเบาหวานมีโอกาสเป็นเบาหวานได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติของเบาหวานในญาติพี่น้อง สาเหตุทางพันธุกรรมนี้จะถ่ายทอดจากรุ่นพ่อแม่ไปยังรุ่นลูก 6-10 เท่า (กรมการแพทย์, 2538: 18)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การติดเชื้อ ต่อมน้ำลายถูกทำลาย โดยพิษของเชื้อโรคหรือสารพิษที่ปนมาในอาหาร ทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัส เช่น หัดเยอรมัน (Rubella) คางทูม (Mumps) คอสแซกกี (Cosackie) ไวรัสอาจไปกระตุ้นปฏิกิริยาออร์โตอิมมูนในไอส์เทิลเซลล์ของตับอ่อน ทำให้การสร้างและการหลั่งอินซูลินลดลง

4. ปัจจัยเกี่ยวกับการเผาผลาญสารอาหาร (Metabolic factors) มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเกิดเบาหวานอย่างมากและสลับซับซ้อน พบว่า อารมณ์ ภาวะเครียดของร่างกายและการสลายไกลโคเจน (Glycogenesis) อันเนื่องมาจากการผลิตฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต โดยเฉพาะฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) ที่สูงขึ้น ทำให้มีความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหาร มักเกิดในเบาหวานชนิดที่ 2 และในคนอ้วน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 80 มักเป็นคนอ้วน นอกจากนั้นยังพบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดเบาหวานสูงขึ้นในคนที่มักทำงานอยู่กับโต๊ะทำงาน โดยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว และคนที่รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง

5. ปัจจัยที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน (Immunologic factors) จากรายงานการวิจัย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มักจะมีภูมิคุ้มกันที่สร้างจากตับอ่อนไหลเวียนในกระแสเลือด ซึ่งจะไม่พบในคนปกติ และเมื่อมีภูมิคุ้มกันเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ ตับอ่อนจะหยุดสร้างฮอร์โมนอินซูลิน อย่างถาวร

ปัจจัยอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดเบาหวาน

1. การขาดการออกกำลังกาย จะทำให้เนื้อเยื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออินซูลินไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย จึงมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ เพรดนิโซโลน โดยยาเหล่านี้จะไปต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เมื่อกินยาดังกล่าว อินซูลินจะออกฤทธิ์ได้ดั่งเดิม แต่ยาเหล่านี้ไม่ใช่สาเหตุโดยตรง
3. การขาดเบต้าเซลล์หรือจำนวนเบต้าเซลล์น้อยลง โดยมีสาเหตุหลายอย่าง เช่น การตัดตับอ่อนออก การดื่มสุรา การขาดสารอาหาร โปรตีนและแคลอรีอย่างรุนแรง ทำให้ตับอ่อนอักเสบ เป็นผลให้เบต้าเซลล์ถูกทำลาย
4. โรคตับ ทำให้ตับไม่สามารถเก็บกลูโคสไว้ในรูปของไกลโคเจนได้ ระดับกลูโคสในเลือดจึงสูงขึ้น

การจำแนกประเภทของเบาหวาน

1. สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 1997; สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543) ได้จำแนกเบาหวานออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้
2. เบาหวานชนิดที่ 1 Type I Diabete Mellitus หมายถึง เบาหวานที่ต้องการอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เกิดจากการทำลายของเบต้าเซลล์ (β -Cell) ของตับอ่อนส่วนใหญ่เกิดจาก Auto-Immune ส่วนน้อยไม่ทราบสาเหตุ จึงทำให้ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเบาหวาน ได้แก่ พันธุกรรม การติดเชื้อไวรัส อาจตรวจพบ Islet Cell Antibody และ Antibodies ต่อไวรัสในระยะแรกของโรค มักเกิดขึ้นในคนอายุน้อย หรืออายุต่ำกว่า 40 ปี ซึ่งอาการของโรคจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง เกิดภาวะคีโตนคั่งในกระแสเลือด (Diabetes Ketoacidosis) ได้ง่าย
3. เบาหวานชนิดที่ 2 Type II Diabete Mellitus หมายถึง เบาหวานที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543) อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ มักไม่ต้องการยาฉีดอินซูลินในการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ซึ่งสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหาร หรือร่วมกับการรับประทานยา มักเกิดกับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และคนอ้วน (Reeves, 1999) ตับอ่อนยังสามารถผลิตอินซูลินได้ แต่มีปริมาณไม่เพียงพอกับความต้องการของพลังงานของร่างกาย หรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้เต็มที่ เบาหวานชนิดนี้มักไม่เกิดภาวะคีโตนคั่งในกระแสเลือด (Diabetes Ketoacidosis) นอกจาก

บางภาวะ เช่น มีการติดเชื้อ เป็นต้น (ไพบูลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, 2539) ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณร้อยละ 90 (Matthews, 1996)

4. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestation Diabetes Mellitus, GDM) หมายถึง เบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและขณะตั้งครรภ์ (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกายหลังคลอดอาจกลับมาปกติ หรือเป็นเบาหวานตลอดไป หรือเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Impaired Glucose Tolerance Test ได้ (ไพบูลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, 2539) นอกจากนี้พบว่า หญิงที่ตั้งครรภ์หลายครั้งมักเป็นเบาหวานได้ง่าย (บุญทิพย์ สิริธรรังสี, 2539)

5. เบาหวานชนิดอื่นๆ (Other Specific Type of Diabetes) ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดอื่นที่มีสาเหตุเฉพาะได้แก่ (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2543)

5.1 Genetic defects of Beta-cell function คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์

5.2 Genetic defects of insulin action คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางกลไกการออกฤทธิ์ของอินซูลิน

5.3 Diseases of endocrine pancreas คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน

5.4 Endocrinopathies คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมน

5.5 Drug-induced or Chemical-induced คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากการได้รับยาบางชนิด

5.6 Infection คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ

5.7 Uncommon forms of immune-mediated diabetes คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน

5.8 Other genetic syndromes associated with diabetes คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมอื่นๆ

อาการและอาการแสดงของเบาหวาน

อาการและอาการแสดงที่สำคัญของเบาหวานมี 4 อย่าง คือ (ภาวนา กิริติยุตวงศ์, 2544: 34-35; วัลลา ตันตโยทัย และอศิษฐ์ สงดี, 2540: 247; วิทยา ศรีดามา, 2542: 450)

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัด (ปกติประมาณ 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ทำให้เกิดแรงดันออสโมติก (Osmotic) ของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตจึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง

2. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงทำให้ขาดน้ำอย่างรุนแรง และมีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อย และจำนวนมาก

3. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อ ร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังเกิดภาวะความไม่สมดุลของไนโตรเจน และเกิดภาวะคีโตสิส (Ketosis) ได้

4. รับประทานอาหารจุก (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่างๆมาใช้ จึงทำให้เกิดภาวะการขาดอาหาร (Starvation) เกิดขึ้น เพื่อชดเชยภาวะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย และรับประทานอาหารจุก แต่ร่างกายก็ไม่สามารถเผาผลาญกลูโคสให้เป็นพลังงานได้ จึงมาเผาผลาญโปรตีนที่ร่างกายสะสมไว้เป็นพลังงานแทน เป็นผลให้ปรากฏอาการแสดงที่เห็นได้ชัด คือ ไขมันใต้ผิวหนังมีน้อยและกล้ามเนื้อลีบ เกิดโรคขาดสารโปรตีนและพลังงาน

นอกจากอาการดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการแสดงอื่นๆ ในรายที่เป็นเบาหวานมานานแต่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน อาจมาด้วยอาการแทรกซ้อน เช่น

1. สังเกตปัสสาวะมีคั่งขึ้น
2. มีผื่นคันหรือเชื้อราตามซอกอับของร่างกาย เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์
3. เป็นแผลเรื้อรังตามขา หรือเป็นฝีบ่อยโดยเฉพาะฝีกลางหลัง
4. สายตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อยๆ อาจเกิดจากสายตาเปลี่ยน หรือสายตาสั้น เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง และน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตาหรือสายตามัวจากต่อกระจก รวมทั้งเส้นเลือดในตาอุดตัน
5. มีอาการชา หรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือ ปลายเท้า อาจหมดความรู้สึกลง เพศมีอาการหนังตาตก หรืออัมพาตบนใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง
6. มีอาการของหลอดเลือดตีบในอวัยวะส่วนต่างๆ เช่น ที่เท้า ทำให้มีแผลเนื้อตายเน่าดำ ที่หัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือที่สมอง ทำให้มีอาการอัมพาต

การวินิจฉัยเบาหวาน

คณะผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของเบาหวาน (The Expert Committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000: S4-S19) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานไว้ ดังนี้

1. ระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ได้ครั้งเดียว (Casual Plasma Glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 220 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับอาการปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำบ่อย และน้ำหนักลด หรือ
2. ระดับน้ำตาลในเลือด หลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose, FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ

3. ระดับน้ำตาลหลังทดสอบ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) 2 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การทดสอบควรปฏิบัติตามวิธีการของ WHO คือใช้ Glucose ปริมาณ 75 กรัม ละลายในน้ำดื่ม

หมายเหตุ

ในกรณีที่พบ fasting plasma glucose อยู่ระหว่าง 100 – 125 mg% ถือว่ามีความผิดปกติชนิดที่เรียกว่า Impaired fasting plasma glucose (IFG) ควรทำการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกปี ถ้าพบมีปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานสูงให้ทำ OGTT

การวินิจฉัยโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (GDM) จะใช้เกณฑ์ดังนี้

1. Fasting plasma glucose \geq 95 mg%
2. 1 hour plasma glucose \geq 180 mg%
3. 2 hour plasma glucose \geq 155 mg%
4. 3 hour plasma glucose \geq 140 mg%

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง (วิทยา ศรีดามา, 2542: 451)

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะมีอันตรายถึงชีวิตได้ ที่พบบ่อยมี 3 ชนิด คือ ภาวะกรดคีโตนคั่งในกระแสเลือด (Diabetic Ketoacidosis) ภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคั่งในกระแสเลือด (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma, HHNKC) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) (อรสา พันธุ์ภักดี, 2540: 269)

1.1 ภาวะที่มีกรดคีโตนคั่งในกระแสเลือด (Diabetic Ketoacidosis,DKA) พบมากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นภาวะที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยภาวะคีโตนคั่งในกระแสเลือด หมายถึง ภาวะที่มีการสร้างสารคีโตนในร่างกายมากขึ้น เนื่องจากการสลายสารไขมัน ทำให้เกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญ เนื่องจากการขาดอินซูลินหรือมีอินซูลินไม่เพียงพอ ในปัจจุบันเชื่อว่าเกิดขึ้นเนื่องจาก 2 องค์ประกอบ คือ การขาดอินซูลินร่วมกับมีฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อภาวะเครียด (Counter-Regulatory Hormone) มากขึ้น ได้แก่ กลูคาγον (Glucagon) อีพิเนฟริน (Epinephrinb) คอร์ติซอล (Cortisol) และโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์น้อยลง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดภาวะกรดคีโตนคั่งในกระแสเลือด คือ การหยุดฉีดอินซูลินหรือฉีดน้อยลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และภาวะที่ร่างกายต้องการอินซูลินเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเครียดทางร่างกายและจิตใจ เช่น การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด ความเครียดทางอารมณ์ อาการที่พบเมื่อเกิดภาวะคีโตนคั่งในกระแสเลือด คือ

อาการที่เกิดจากภาวะขาดน้ำจากภาวะออสโมติกไดยูรีสิสพบว่ามีปัสสาวะมาก กระหายน้ำดื่มน้ำมาก ในระยะแรกๆ เยื่อในปากแห้ง ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังแดง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง (Skin Turgor) อ่อนเพลีย แขนขาไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องจากภาวะขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ถ้ามีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงความดันโลหิตต่ำ ช็อคหมดสติและเสียชีวิต อาการทางระบบหายใจ พบหายใจเร็วแบบหอบลึก ลมหายใจมีกลิ่นอะซิโตน (จอณพะจง เเพ็งจาด, 2538: 26-27) การรักษา คือ การให้อินสุลินและเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ควรได้รับการสอนการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

1.2 ภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคั่งในกระแสเลือด (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma, HHNKC) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักเป็นคนสูงอายุ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 80 มักเป็นคนอ้วน พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน มี อินสุลินในเลือดสูง แต่มีการต้านการออกฤทธิ์ของอินสุลินนี้เกิดจากการมีอินสุลินรีเซปเตอร์ลดลง ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงมีอินสุลินในร่างกายเพียงพอที่จะไม่ไปสลายเนื้อเยื่อไขมัน จึงไม่เกิดภาวะกรดคีโตนคั่ง แต่มีอินสุลินไม่เพียงพอที่จะเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมาก เกิดภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสสูงในเลือดตามมา ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องแก้ไขอย่างรวดเร็ว ภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในเลือดสูงนี้เป็นกลุ่มอาการที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำอย่างมาก เนื่องมาจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ทำให้เกิดการขับ ปัสสาวะ และมีการดึงน้ำตามออกมามากด้วย (Hyper-Glycemic Diuresis) จนผู้ป่วยไม่สามารถจะดื่มน้ำได้ ทันทกับจำนวนน้ำที่เสียไปทางปัสสาวะ ทำให้เกิดการขาดน้ำอย่างมาก และมีอาการของระบบประสาทผิดปกติ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2540: 252-283) ภาวะขาดน้ำจะทำให้ผิวหนังแห้งเย็บ เยื่อในปากแห้ง ตาลึก มีไข้ งุนงง แน่นท้อง ชักเฉพาะที่ หรือชักทั่วไป ซึม และหมดสติได้ และพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยซึมไม่รู้สีกตัวสัมพันธ์กับการเกิดภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในกระแสเลือดสูง อาจเนื่องจากเซลล์สมองขาดน้ำด้วย (Intracellular Dehydration) รักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนให้ทันให้ อินสุลินจำนวนน้อย ทดแทนโปรตีนที่ขาดให้เพียงพอ รวมทั้งแก้ไขสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในเลือดสูงด้วย (อรสา พันธุ์ภักดี, 2540: 286) ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยเบาหวานบ่อยที่สุด

1.3 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า ปกติ คือต่ำกว่า 50-60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สาเหตุเกิดจากได้รับอินสุลินหรือยาเม็ดลดน้ำตาลมากเกินไป ขาดสารอาหาร หรือรับประทานน้อยลง หรือออกกำลังกายมากเกินไป แล้วไม่ได้รับประทานอาหารเช้า ถ้าปล่อยให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำนาน ๆ หรือบ่อยๆ จะทำให้สมองถูกทำลาย และเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยการหลั่งฮอร์โมนหลายอย่างเพิ่มมากขึ้น และลดการหลั่งอินสุลิน ทำให้เกิดอาการจากการกระตุ้นของระบบประสาท Sympathetic ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อแตก มือสั่น หัวใจหวิว หงุดหงิด ชาบริเวณรอบปาก ชาปลายมือ ปลายเท้า

อ่อนเพลีย และเป็นลม ซึ่งถือว่าเป็นสัญญาณเตือน ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการดังกล่าว ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงช้าๆ แต่ถ้าเป็นน้ำตาลในเลือดต่ำเรื้อรัง (Chronic Hypoglycemia) จะมีอันตรายของสมองขาดกลูโคส (Neuro Glycemia) คือ ตามืด เห็นภาพซ้อน สับสน มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ความจำเสื่อม ชัก และหมดสติ

2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเกิดได้เกือบทุกระบบของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะการควบคุมโรค กล่าวคือ ถ้าเป็นโรคอยู่นานและ/หรือมีภาวะการควบคุมโรคไม่ดี จะมีปัญหาแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดขึ้นมาก (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี, 2540: 251) ปัญหาแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่

2.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่างเนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจน และเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมา (ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์, 2540: 64)

2.2 การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็ก (Microangiopathies) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่ตา และไต เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ตา จะทำตมัวลงจนถึงตาบอดได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษา ส่วนพยาธิสภาพที่ไตนั้น พบว่าเกิดได้ทั้งชนิดไตเสื่อมหน้าที่และไตอักเสบรุนแรง

2.3 การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macroangiopathies) เช่น ที่สมอง หัวใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมักเกิดในลักษณะของหลอดเลือดมีปัญหา ผนังหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการที่มีระดับไขมันในเลือดสูงและการสะสมสารคอรัลลิทอล (Sorbital) จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้าเป็นที่หลอดเลือดที่สมองก็จะทำให้เป็นอัมพาต การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่บริเวณขาและเท้า ก็จะทำให้เป็นตะคริว เวลาวิ่งหรือเดินเร็ว ถ้าอุดตันมากจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนของขาดเลือดไปเลี้ยง เช่น เท้าเน่า เนื้อตาย

2.4 ระบบเลือด พบว่าเม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง เกร็ดเลือดจะยึดเกาะและรวมตัวกันง่าย ความผิดปกติของเกร็ดเลือดนี้ อาจมีบทบาททำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้เม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียส ยังทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี โดยพบว่าการเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดขาวไปยังบริเวณที่มีการติดเชื้อเป็นไปได้ไม่ดี ความสามารถในการยึดติดกับผิวของส่วนที่มีการติดเชื้อลดลง การทำหน้าที่ในการจับกินและฆ่าแบคทีเรียที่เชื่อมลงด้วย ลิ้มโฟซัยซึ่งมีบทบาทในการทำลายสิ่งแปลกปลอมทั้งที่อยู่ในกระแสเลือด และที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ที่เสื่อมหน้าที่เช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อต่างๆ เช่น สแตฟฟีโลคอคคัส สเตรปโตคอคคัส วัณโรคปอดและเชื้อราได้ง่าย โดยเฉพาะการอักเสบบริเวณ

ช่องคลอด อันเนื่องมาจากการติดเชื้อรา มักพบในผู้ป่วยสตรีที่เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุมโรคดีพอ การอักเสบบริเวณผิวหนังเกิดเป็นแผลลุกลาม รวดเร็วจนเป็นเนื้อตาย พบบ่อยที่สุด คือบริเวณเท้า

2.5 ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาท (Diabetic Neuropathy) แบ่งเป็น 3 ชนิด ตามการทำงานของระบบประสาท คือ

2.5.1 ระบบประสาทที่รับความรู้สึก (Sensory Nerve) ทำให้เกิดอาการชาปวดแสบปวดร้อนบริเวณแขนขา หรือมีอาการเจ็บคล้ายถูกเข็มแทง โดยเฉพาะที่บริเวณขา มีอาการเป็นตะคริวตอนกลางคืน ไม่มีความรู้สึกต่ออุณหภูมิร้อนเย็นที่มาสัมผัส

2.5.2 ระบบประสาทสั่งงาน (Motor Nerve) พบได้น้อย มักเกิดกับกล้ามเนื้อเล็กๆ บริเวณมือและเท้า เกิดการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ มีอาการเท้าตก (Foot Drop) หรือการอ่อนแรงของแขนขาได้ ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nerve) ทำให้การควบคุมของอวัยวะส่วนนั้นบกพร่องไป ที่พบมากคือ ระบบประสาทในการควบคุมปัสสาวะ

2.5.3 ตา เบาหวานทำให้เกิดจอตาเสื่อม (Retinopathy) เนื่องจากเส้นเลือดฝอยที่บริเวณเรตินามีการหนาตัวขึ้น เส้นเลือดแตกง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีสายตาพร่ามัว และมีเลือดออกในช่องน้ำวุ้นเลี้ยงลูกตา (Vitreous hemorrhage) ในกรณีที่รุนแรงอาจทำให้จอตาหลุดได้ (Retina detachment) และตาบอดได้ในที่สุด การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตานั้น เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเป็นเบาหวาน 3 ปี และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 10 ปี จะมีการเสื่อมของจอตาถึงร้อยละ 55 (Klien, 1997) ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะจอตาเสื่อมและตาบอดได้ร้อยละ 0.6 (Klien et al., 1995)

2.5.4 ไต เป็นโรคแทรกซ้อนของเบาหวานที่สำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 พบอุบัติการณ์ของโรคไตในระยะสุดท้าย (End stage renal disease) ได้ถึงร้อยละ 35 และในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบร้อยละ 3-16 แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนของไตเสมอ การเปลี่ยนแปลงของไตนั้น เริ่มจากอัตราการกรองของหน่วยไต (Glomerular Filtration Rate) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 120 ถึง 140 ของคนปกติ สาเหตุของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเกี่ยวข้องกับการเพิ่มของระดับน้ำตาลกลูโคสก่อน กลูเมอรูโลเพรสซิน (Glomerulopressin) แคทีโกลามิน เรนิน แอนจิโอเทนซิน ทุ (Rennin Aniotensin II) โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) เอตรีล เนติยูเรติก ฮอร์โมน (Atrial Natruretic Homone) ซอร์บิตอล (Sorebital) และโซเดียม ลิเทียม เคาเตอร์ทรานสปอร์ต (Sodium Lithium Conutertransport) ในเลือดแดง การตรวจวินิจฉัยทำได้โดยใช้วิธีตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) จากการใช้แถบตรวจซึ่งจะพบต่อเมื่อมีอัลบูมิน (Albumin) ในปัสสาวะเพิ่มขึ้นกว่าปกติถึง 20 เท่า ซึ่งถ้ามีการตรวจพบโดยวิธีดังกล่าว ขบวนการของโรคจะดำเนินต่อไปจนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของไตวายระยะเวลาสองถึงสามปีเท่านั้น (วิทยา ศรีดามา และวีรศักดิ์ ศรีนนนภาการ, 2541: 81-82)

การรักษาเบาหวาน

หลักการรักษาเบาหวานที่สำคัญ ประกอบด้วย (สุนิตย์ จันทรประเสริฐ, 2539: 45; วิทยา ศรีดามา, 2541: 16)

1. การควบคุมอาหาร
2. การให้ยารับประทาน
3. การฉีดอินซูลิน
4. การออกกำลังกาย
5. การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ญาติและผู้เกี่ยวข้อง ในเรื่องการประเมินและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการดูแลเท้า

จากภาวะการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาของผู้ป่วยเบาหวาน จะเห็นว่าเบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อชีวิตและภาวะสุขภาพมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ บั่นทอนทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ถึงแม้ว่าปัจจุบันการรักษาเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวนานขึ้น แต่บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรังตามมา เช่น ภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ปัจจัยที่สำคัญซึ่งจะลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (สุนิตย์ จันทรประเสริฐ, 2539: 488-489) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานจะได้ผลดี อยู่ที่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการให้ยา โดยผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความรู้ อยู่ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการให้ยา โดยผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม พยายามจึงมีหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน

จุดมุ่งหมายในการรักษาหรือดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

การรักษาหรือดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีวัตถุประสงค์ (American Diabetes Association, 1994 ; William , 1999: 436) เพื่อให้ผู้ป่วย

1. สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติ
2. สามารถวางแผนจัดการอาหารได้เหมาะสม
3. มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
4. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดน้ำตาลในเลือด
5. ได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง
6. ได้รับการติดตามประเมินผลของการรักษาเป็นระยะๆ

7. สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
 8. ปกป้องภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง
- แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีรายละเอียด ดังนี้**

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด
4. การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปและการดูแลเท้า
5. การสังเกตภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขที่ถูกต้อง
6. การมาตรวจตามนัด

การควบคุมอาหาร

การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาเบาหวาน การได้รับอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่มีน้ำตาลมาก จะมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ เช่น หลอดเลือดเปลี่ยนแปลง ตีบแข็งก่อนหน้าระยะเวลาอันควร ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ แม้จะได้รับการรักษา ด้วยการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด หรือนิโคตินแล้วก็ตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (วรรณิ นิธิยานันท์, 2535: 8)

จุดมุ่งหมายในการควบคุมอาหาร คือ (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543: 80; ธิติ สนับบุญ และ วิทยา ศรีดามา, 2545: 42)

1. เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติ
2. ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
3. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
4. ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น
5. ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค
7. สามารถปรับแคลอรีให้เหมาะสมได้ตามสถานภาพต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การให้นมบุตร ขณะที่มีความเจ็บป่วย วัชที่เจริญเติบโต

หลักการกำหนดอาหารผู้ป่วยเบาหวานต้องคำนึงถึง (วัลย์ อินทร์มพรรษ์, 2537: 35-41; สุนิตย์ จันทระประเสริฐ , 2539: 489-491)

1. ประมาณพลังงาน

1.1 ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยเบาหวาน จะขึ้นอยู่กับขนาดของร่างกาย กิจกรรมของแต่ละบุคคล และอายุ โดยขนาดของร่างกาย หรือน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญ

ในการกำหนดพลังงานของผู้ป่วย จำเป็นต้องทราบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์อ้วน ผอม หรือปกติ ซึ่งจะทราบได้โดยการคำนวณหาดัชนีความหนาของร่างกายสำหรับพลังงานที่ใช้ในกิจกรรมต่างๆ ของและบุคคล การคำนวณหาปริมาณพลังงานที่ควรได้รับ คิดจากน้ำหนักตัวที่ควรเป็นของผู้ป่วยประเภทของกิจกรรมที่ทำ เช่น นักปานกลาง เบบ ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ และแรงงานที่ใช้ในการทำงาน หรือออกกำลังกายน้อย ผู้ป่วยควรลดน้ำหนักลง พลังงานที่ได้รับแต่ละวันกำหนดให้ 20 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน

1.2 ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ควรรับ ประมาณ 20-45 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัวมาตรฐาน ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวและกิจวัตรประจำวัน (ชิตี สันบุญ และวิทยา ศรีดามา, 2545: 45)

น้ำหนัก	กิจวัตรประจำวัน/พลังงานที่ใช้ (กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัวมาตรฐาน)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
อ้วน	20	25	35
ปกติ	25	30	40
ผอม	30	35	45

การคำนวณน้ำหนักตัวมาตรฐาน

ผู้ชาย = (ส่วนสูง - 100) x 0.9 หน่วยเป็นกิโลกรัม

ผู้หญิง = (ส่วนสูง - 100) x 0.8 หน่วยเป็นกิโลกรัม

2. ชนิดและปริมาณของอาหารแต่ละประเภท โคယ်ประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะทางโภชนาการ คือ มีอาหารครบทุกหมู่ ดังนี้ (อภิชาติ วิชญานรัตน์ , 2537: 4)

2.1 คาร์โบไฮเดรต (ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี/กรัม) อาหารคาร์โบไฮเดรต หมายถึง อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เมื่อถูกย่อยแล้วจะแปรสภาพเป็นกลูโคสซึมเข้าสู่กระแสเลือด จะมีประมาณ 70-100 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 ซีซี (พีรพงศ์ บุญศิริ และรามร เสนาฤทธิ, 2541: 51) ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับ ร้อยละ 50-60 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับทั้งวัน (Monaha, Drake, & neibors, 1994: 1228) โดยประมาณ 40-50 ของพลังงานที่ได้รับจากคาร์โบไฮเดรต ควรมาจากคาร์โบไฮเดรตชนิดไม่หวาน ซึ่งได้แก่ ข้าว ถั่วเขียว ขนมปัง มันฝรั่ง ฝรั่ง เส้น และอีกไม่เกินร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ได้รับจากคาร์โบไฮเดรต มาจากคาร์โบไฮเดรตชนิดหวาน เช่นผลไม้ นานม ซึ่งเป็นน้ำตาลมาจากธรรมชาติ ดังนั้นจึงควรจำกัดปริมาณที่ได้รับ เนื่องจากคาร์โบไฮเดรตชนิดหวานจะทำให้ระดับกลูโคสและระดับอินซูลินในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าคาร์โบไฮเดรตชนิดไม่หวาน สำหรับน้ำตาลทราย หรือซูโครส ถ้ารับประทานควร

รับประทานร่วมไปกับมื้ออาหาร เนื่องจากไม่ทำให้ระดับกลูโคส และอินซูลิน ในเลือดเปลี่ยนแปลงไปมากในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับกลูโคสได้ดี และควรได้รับไม่เกินร้อยละ 5 ของพลังงานที่ได้รับ

2.2 สารให้รสหวาน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือสารรสหวานที่ให้พลังงาน ได้แก่ น้ำตาลทราย หรือน้ำตาลซูโครส และกลูโคส เป็นอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยง เพราะร่างกายสามารถย่อยและ ดูดซึมได้เร็ว ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเร็ว ส่วนน้ำตาลฟรุคโตสดูดซึมช้ากว่ากลูโคส และไม่ต้องอาศัยอินซูลินในการนำไปใช้ แต่ในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ฟรุคโตสจะถูกเปลี่ยนเป็นกลูโคส และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ และสารให้รสหวานที่ไม่ให้พลังงานในรายชื่อของรสหวานจัดใช้ แซคคาริน แอสปาเทม ไชคลาแมท หรือ อะเจซัลเฟม-เค แทนน้ำตาลได้ (American Diabetes Association, 1995; Lutz & Przytulski, 1994) แต่ได้มีการศึกษาค้นพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ จึงไม่ควรใช้กับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ (Lutz & Przytulski, 1994)

2.3 ไขมันและโคเลสเตอรอล เป็นสารที่ให้พลังงานสูงสดมากกว่าสารอาหารอื่นๆ คือ ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไขมัน มีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรได้รับไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ โดยลดไขมันอิ่มตัวในอาหารให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ไขมันชนิดไม่อิ่มตัวสูงให้ร้อยละ 6-8 และไขมันอิ่มตัว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (ADA Position Statement, 1991 อ้างถึงใน วรณี นิธิยานันท์, 2535) ไขมันอิ่มตัวมีมากใน ไขมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว กะทิ ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารที่ได้รับควรน้อยกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันสัตว์ เนื้อติดมัน เครื่องในสัตว์ ไข่แดง แต่รับประทานน้ำมันปลา (Fish Oil) ให้มากขึ้น ในการประกอบอาหารให้ใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ น้ำมันมะกอกและถั่วลิสง ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทพิชชา แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ก๋วยเตี๋ยวผัดต่างๆ และข้าวผัด อาหารเหล่านี้มีแคลอรีสูงมาก ทำให้เกิดโรคอ้วน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาอีกมากมาย

2.4 โปรตีน สารอาหารจากโปรตีน มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเจริญเติบโต และซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ ผู้ป่วยเบาหวานควรจะได้รับสารอาหารที่เพียงพอเท่ากับภาวะปกติ คือประมาณร้อยละ 10-20 ของพลังงานจากอาหาร หรือประมาณ 0.8 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน (American Diabetes Association, 1995) เมื่อร่างกายได้รับโปรตีนเข้าไปจะถูกย่อยเป็นกรดอะมิโนในลำไส้เล็ก และดูดซึมผ่านผนังลำไส้เล็กเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดไปยังตับ แล้วไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย กรดอะมิโนจะถูกใช้ไปเพื่อเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เช่น ปลา ไข่ขาว นานม เต้าหู้ ในแต่ละวันผู้ป่วยควรได้รับเนื้อสัตว์ที่ปรุงแล้วมีเนื้อ 4-7 ช้อนโต๊ะ วันละ 3 มื้อ และรับประทานไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง แต่จากการศึกษา

พบว่า การรับประทานอาหารไม่จำกัดโปรตีนในขณะที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะมีผลทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจะเร็ว จึงควรจำกัดอาหารโปรตีนให้น้อยลง เป็นสัดส่วนประมาณ 10% ของแคลอรีทั้งหมด หรือ 0.6 กรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว ยกเว้นในกรณีให้มนบุตรหรือตั้งครรภ์ ควรได้รับโปรตีน 3% ของปริมาณแคลอรีทั้งหมด (จิตติ สันบุญ และวิทยา ศรีคามรา, 2545: 53)

2.5 ใยพืช เป็นส่วนประกอบที่เป็นเปลือกนอกของโครงสร้างผนังเซลล์ของพืช เป็นสารที่ทนต่อน้ำย่อยของกระเพาะอาหารและลำไส้ ดังนั้นจึงไม่ถูกย่อยในทางเดินอาหารและไม่ให้พลังงาน ใยพืชมี 2 ชนิด คือ ประเภทไม่ละลายน้ำ ได้แก่ เซลลูโลส (Cellulose) เฮมิเซลลูโลส (Hemicellulose) และ ลิกนิน (Lignin) ประเภทละลายน้ำ ได้แก่ เพคติน-กัม (Pectingum) และ โพลีแซคคาไรด์ (Polysaccharide) ที่พืชสะสมไว้ใยพืชที่ไม่ละลายน้ำ พบได้ในรำข้าวสาลี ธัญพืชไม่ขัดสี และผักเป็นส่วนใหญ่ ใยพืชประเภทนี้ จะดูดน้ำไว้เพิ่มกากอุจจาระ และการเคลื่อนไหว ของลำไส้ ทำให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ ท้องไม่ผูก และลดการเกิดผนังลำไส้ อักเสบ ใยพืชที่ละลายน้ำ ได้แก่ ผลไม้ ถั่วสด เมล็ดถั่วแห้ง ข้าวโอ๊ต มีคุณสมบัติละลายน้ำได้ดี ในระบบทางเดินอาหาร ใยพืชประเภทนี้จะเป็นส่วนที่มีประโยชน์ต่อการควบคุมเบาหวาน

จากการศึกษาพบว่า ใยพืชประเภทนี้ช่วยลดซิมกกลูโคสในลำไส้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารไม่สูง และไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ใยพืชประเภทนี้ยังเพิ่มการขับน้ำดี (Bile Acid) ออกทางอุจจาระ จึงทำให้ตับสังเคราะห์โคเลสเตอรอลน้อยลง และยังมีผลต่อไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ในเลือดด้วย การรับประทานใยพืชดังกล่าวจะช่วยให้ แอลดีแอล (LDL = Low Density Lipoprotein) และ โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ต่ำลง และ เฮทซีดีแอล (HDL = High-Density Lipoprotein) โคเลสเตอรอลสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าใยพืชช่วยให้ระดับไตรกลีเซอไรด์เลือดต่ำลงด้วย เนื่องจากช่วยชะลอการดูดซึมไขมันจากลำไส้ และตับสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์น้อยลง เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารไม่สูง ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงควรรับประทานอาหารที่มีใยพืชสูง ซึ่งมีอยู่ในผักทุกชนิด ควรรับประทานผักประเภทใบที่มีน้ำมากๆ เช่น ผักบุ้ง แดงควา ผักกาด ผักคะน้า ผักตำลึง มากกว่ารับประทานราก หัว และดอก เนื่องจากผักประเภท ราก หัว และดอก จะมีคาร์โบไฮเดรตมากกว่าผักประเภทใบ

ผัก ผลไม้แต่ละชนิดจะมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตไม่เท่ากัน ฉะนั้นผู้ป่วยควรได้รับประทานผลไม้สดที่มีรสไม่หวานจัด ซึ่งมีคาร์โบไฮเดรตน้อย เช่น ส้มเขียวหวาน มะละกอ สับปะรด แดงโม ชมพู ฝรั่ง เป็นต้น แทนขนมหวาน หลังอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เช่น ส้มเขียวหวาน มะละกอ สับปะรด แดงโม ควรรับประทานทั้งกาก ไม่นำมาคั้นเป็นน้ำผลไม้เพราะน้ำผลไม้มีกากน้อย และได้ผลเช่นเดียวกันกับการดื่มน้ำหวาน ควรงดผลไม้แห้งต่าง ๆ เพราะมีรสหวานรวมทั้งผลไม้บรรจุกระป๋อง ผลไม้เชื่อม ผลไม้ที่มีรสหวานจัด และผลไม้ที่มีแคลอรีมาก ควรงดเช่นกัน ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลผ่านการแปรรูป เพราะจะทำให้ น้ำตาลในเลือดสูง

2.6 วิตามิน เกลือแร่ ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับวิตามิน และเกลือแร่ให้เพียงพอ เพื่อช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งจะได้จากการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอทุกวัน ถ้าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถรับประทานอาหารได้ ปกติจะไม่ขาดวิตามินและเกลือแร่ ยกเว้นในรายที่ได้รับพลังงานจากอาหารต่ำมาก คือ น้อยกว่า 800 กิโลแคลอรีต่อวัน หรือในหญิงตั้งครรภ์ อาจจำเป็นต้องได้รับวิตามินและเกลือแร่เสริมเพิ่มขึ้น (Lutz & Przytulski, 1994) เช่น วิตามินเอ วิตามินอี และโครเมียม เป็นต้น

เกลือแร่ หมายถึง สารอาหารประเภทแร่ธาตุ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย จะขาดสารอาหารเหล่านี้ไม่ได้ แร่ธาตุที่สำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวานคือ โซเดียม โปแตสเซียม แมกนีเซียมและสังกะสี

2.7 เกลือ คนไทยมักรับประทานเกลือในปริมาณที่สูงกว่าร่างกายจำเป็นต้องใช้ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือเกลือมาก เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งประเทศไทยจึงแนะนำให้รับประทาน ไม่ควรเกิน 3,000 มิลลิกรัม/วัน สำหรับคนทั่วไปและผู้เป็นเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูง แต่ถ้ามีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลาง ให้ได้ไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม/วัน และถ้ามีความดันโลหิตสูงมากร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ให้ได้ไม่ควรเกิน 2,000 มิลลิกรัม/วัน

2.8 แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน แอลกอฮอล์ไม่ช่วยสารอาหาร แต่แอลกอฮอล์ 1 กรัมให้พลังงาน 7 แคลอรี ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักตัวมากอยู่แล้ว หากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ่อยจะไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และการเผาผลาญอาหาร โดยที่แอลกอฮอล์จะยับยั้งไม่ให้ตับสร้างกลูโคส และแอลกอฮอล์ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเป็นกลูโคสได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานยาลดน้ำตาล จะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรุนแรง เนื่องจากเสริมฤทธิ์กัน จากคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (The American Heart Association) ให้ดื่มได้สูงสุดไม่เกิน 1.75 ออนซ์ต่อวัน (ประมาณ 53 cc) ซึ่งอาจเท่ากับการดื่มเบียร์ 3 แก้ว/วัน หรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ 2 แก้วต่อวัน หรือ การดื่มไวน์ 3.5 แก้ว/วัน มีผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Alexander & Lerose, 1994:76-78) ถ้าดื่มปริมาณมากกว่า 83 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 2 ออนซ์ต่อวัน หรือ 200 cc ต่อวัน จะกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ภาวะสูบฉีดเลือดจากหัวใจมีปริมาณมาก มีความดันโลหิตสูงทำให้ความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตัน

ส่วนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ช็อคแลต น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง ปริมาณคาเฟอีนที่ได้รับไม่ควรเกิน 100 มิลลิกรัมต่อวัน หากเกิน 450 มิลลิกรัมต่อวัน จะส่งผลให้นอนไม่หลับ สภาวะจิตใจเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อกระตุก หัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะ

น้ำตาล ในเลือดสูง มีผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ที่ดื่มกาแฟ 6-9 แก้วต่อวัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงควรดื่มน้ำ และกาแฟ สำหรับเครื่องดื่มน้ำตาล ประเภทโคล่า ผู้ป่วยเบาหวานควร เนื่องจากเป็นอาหารที่ให้แต่พลังงาน ไม่ให้สารอาหารและทำให้อ้วนได้ง่าย ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทาน อาหารเบาหวาน ควรเป็นอาหารที่ไม่มีน้ำตาล มีไขมันน้อย มีกากใยมาก รสอ่อนเค็ม มีสัดส่วนของพลังงานและคุณค่าทางโภชนาการเหมาะกับทุกคน จึงเรียกว่าเป็นอาหารสุขภาพได้ สำหรับบุหรี่ปatientผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงหรืองด เนื่องจากบุหรี่ปatientมีสารนิโคติน และนิโคตินเป็นอันตรายต่อหลอดเลือด โดยเฉพาะต่อหลอดเลือดของหัวใจในท้องถิ่น และเขา คาก็อาจเสื่อมเร็วเนื่องจากการสูบบุหรี่ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมทั้งพยาธิสภาพที่ตาได้มากขึ้น

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพร่างกายและจิตใจ และเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 การออกกำลังกายช่วยลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ในขณะเดียวกัน เฮทซ ดี แอล โคเลสเตอรอล จะเพิ่มขึ้น ทำให้มีความทนต่อน้ำตาลดีขึ้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีดังนี้ (กฤษฎา บานชื่น, 2535: 12-13; บุญทิพย์ สิริธรรมสิ , 2539: 60)

1. ลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยช่วยให้การเผาผลาญน้ำตาล และเพิ่มความไวในการใช้อินซูลินของกล้ามเนื้อ
2. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด
3. ลดน้ำหนักตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน จะทำให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้น
4. ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตให้สมบูรณ์
5. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนลดการดำเนินในการใช้อินซูลิน

การออกกำลังกาย ควรเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม ชนิด ซึ่งต้องเป็นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Aerobic Exercise) เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เล่นกีฬาต่าง ที่ไม่หักโหมมากโดยออกกำลังกายครั้งละ 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง โดยที่ก่อนออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรมีการอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ประมาณ 5-10 นาที เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการใช้อวัยวะและลดการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ และระยะสุดท้ายก่อนยุติการออกกำลังกาย ต้องมีการผ่อนคลาย (Cool down) จะเป็นการเคลื่อนไหวช้าลง ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

แล้วจึงหยุด เพื่อให้ระบบต่างๆ คืนสู่สภาพวะเดิมช้า ๆ สำหรับผู้ที่เริ่มการออกกำลังกาย ควรเริ่มทีละน้อยตามกำลังของตนเองก่อน อย่าหักโหมหรือเหนื่อยเกินไป และค่อยเพิ่มทีละน้อย เวลาที่เริ่มออกกำลังกายไม่ควรเป็นเวลาท้องว่าง ควรรับประทานอาหารไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง (Melkus, 1993: 29) และเตรียมทอปปี้ น้ำตาล หรือน้ำหวานไว้ให้พร้อม เพื่อแก้ไขได้ทันท่วงที ถ้าเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำขณะออกกำลังกาย

ข้อควรคำนึงในการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน

1. ต้องแจ้งให้แพทย์ที่ทำการรักษาทราบว่าออกกำลังกายอย่างไรบ้าง เพราะการออกกำลังกายมีผลโดยตรงในการลดระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์ที่รักษาอาจต้องลดปริมาณที่รับประทานลง

2. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นอันตรายและยากแก่การบำบัดรักษาเพราะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก และควรออกกำลังกายในเวลาเดียวกัน เนื่องจากต้องรับประทานอาหารเช้าเป็นเวลา

3. อาการแทรกซ้อนของเบาหวาน อาจเกิดขึ้นระหว่างออกกำลังกายได้ ต้องสังเกตความผิดปกติและหยุดทันทีเมื่อมีอาการ หอบ สั่น แน่นหน้าอก ลมออกหู มึนงง ตาพร่ามัว การเคลื่อนไหวชวนเซไม่สามารถบังคับได้

4. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจเกิดขึ้นได้ง่าย ในรายที่ได้รับยาต้านเบาหวานในขนาดเดียวกับที่เคยรับประทานอยู่ เมื่อมีอาการรู้สึกหิว โห้ เหงื่อออก วิงเวียนคลื่นไส้ อ่อนเพลีย จนถึงหมดสติ การแก้ไขคือ การรับประทานน้ำหวาน หรือน้ำตาลทันที ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรพกมีทอปปี้ติดตัวตลอดเวลา

5. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายระหว่างที่ยาเบาหวานออกฤทธิ์สูงสุด เนื่องจากเป็นเวลาที่น้ำตาลในเลือดต่ำอยู่แล้วจากฤทธิ์ของยา

ข้อห้ามของการออกกำลังกาย (กฤษฎา บานชื่น, 2535: 11)

1. มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือมีคีโตน (Ketone) ในเลือดหรือปัสสาวะ หรือตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ 3 บวก หรือ 4 บวก

2. มีโรคแทรกซ้อนซึ่งแสดงอาการอยู่ เช่น หลอดเลือดในสมองตีบ ความดันโลหิตสูงมาก ไตเสื่อมสมรรถภาพมาก

3. เสี่ยงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จากการออกกำลังกายที่หนักและติดต่อกันเป็นเวลานาน

ความแตกต่างของการออกกำลังกายในผู้ป่วย Type I Diabetse Mellitus และผู้ป่วย Type II Diabetse Mellitus กล่าวคือ

1. ผู้ป่วย Type I Diabetse Mellitus จะมีปัญหาการขาดอินซูลินเพราะตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ผู้ป่วยต้องได้รับอินซูลินจากการฉีด การออกกำลังกายในผู้ป่วยเหล่านี้เป็น

เพียงการเพิ่มประสิทธิภาพร่างกายในการตอบสนองต่ออินซูลินที่มีอยู่น้อยหรือที่ได้รับจากภายนอก ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพราะระดับน้ำตาลขึ้น-ลงเร็ว ถ้าออกกำลังกายใน ภาวะที่ขาดอินซูลินจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้น และเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจาก สารคีโตน (ketoacidosis) ได้เพราะร่างกายต้องสร้างพลังงานโดยเผาผลาญสารอาหารอื่นแทน กลูโคสซึ่งขบวนการเผาผลาญที่ไม่สมบูรณ์

2. ผู้ป่วย Type II Diabetse Mellitus จะมีปัญหาจากเซลล์ร่างกายที่ต่ออินซูลินหรือ ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงร่วมกับการหลั่งของอินซูลินลดลง การออกกำลังกายในผู้ป่วยที่เป็น โรคเบาหวานชนิดนี้นับเป็นวิธีการรักษาโดยตรงเพราะทำให้ต่ออินซูลินลดลง ความไวของ อินซูลินมากขึ้น

การให้ยาลดน้ำตาล

ยาที่ใช้รักษาเบาหวานที่ใช้กันทั่วไป 2 ชนิด คือ ยาฉีด ซึ่งหมายถึง อินซูลิน (insulin) และยาเม็ดรับประทาน (Oral Hypoglycemic Agents)

ยาเม็ดที่ลดน้ำตาลมี 2 กลุ่มคือ

1. ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonyluria) ยากลุ่มนี้มีหลายชนิดซึ่งจะออกฤทธิ์โดยการ กระตุ้นเบต้าเซลล์ให้หลั่งอินซูลินออกมามากขึ้นและช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ช่วยลดการ รวมตัวของเกร็ดเลือดด้วย จะพบระดับของยาในกระแสเลือดหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง จึง ให้รับประทานอาหารก่อน เพราะถ้ารับประทานอาหารพร้อมหรือหลังอาหาร การดูดซึมของยาจะ ลดลง แต่อาหารจะมีผลต่อการดูดซึมของกิลเบนคลาไมด์ (Glibenclamide) น้อยกว่ายาตัวอื่น (ธวัชชัย พิรพัฒน์ประดิษฐ์, 2535: 37) และมีระยะเวลาของการออกฤทธิ์ต่างกันออกไปตามชนิดของ ยา และไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ตับอ่อนออกหมด มีโรคแทรกซ้อนของ เบาหวานชนิดเฉียบพลัน มีการติดเชื้อรุนแรง ผ่าตัดใหญ่ ในภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน มีโรคตับ หรือไต โรคหัวใจวาย ตั้งครรภ์ และผู้ที่แพ้ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ นอกจากนี้การใช้ยากลุ่มซัลโฟนิล ยูเรียร่วมกับยาอื่นๆ อาจเกิดการต้านฤทธิ์หรือเสริมฤทธิ์กันได้ อาการข้างเคียงมีได้แก่ มีผื่นตาม ผิวหนัง คลื่นไส้ ตัวเหลือง ซีด มีเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำ เนื่องจากพิษของยาบางส่วนเกิดที่ ตับ ทำให้ตับเสื่อมสมรรถภาพ แต่พบได้น้อยมาก

2. ยากลุ่มไบกัวไนด์ เช่น เมทฟอร์มิน (Metformin) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดซึม ของกลูโคส และกรดอะมิโนจากลำไส้ ชัดขวางการสร้างกลูโคสและเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้กลูโคสเข้าสู่ เนื้อเยื่อได้มากขึ้น และทำให้เบื่อบ่อยซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของยา ยานี้จะใช้ร่วมกับอินซูลิน หรือ ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้ ออกฤทธิ์ได้นาน 8-12 ชั่วโมง ยานี้ อาจทำให้เกิดการคั่งของกรด แลคติกได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ตับ ไต หรือปอด ซ็อค มะเร็งเม็ดเลือดขาวโรค พิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้ทำให้มีการขาดสารอาหารได้โดยเฉพาะวิตามินบี 12 เมื่อนานๆ

ผลข้างเคียงมักมีอาการทางระบบอาหาร เกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี, 2540: 259-261) จึงต้องรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร ขนาดที่ใช้ 500 มิลลิกรัม ถึง 3 กรัมต่อวัน

การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้องนั้น ผู้ป่วยควรทราบว่า ยาที่กินเป็นยาอะไร มีฤทธิ์หรือผลข้างเคียงที่รุนแรงอะไรบ้าง เพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยาแต่ละครั้ง ควรรับประทานยาให้ตรงตามขนาดที่แพทย์สั่ง ไม่ควรเพิ่มขนาดยาในการรับประทานเอง เพราะจำนวนยาที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรวดเร็ว เกิดอาการหมดสติ และเสียชีวิตได้ง่าย และควรรับประทานยาให้ตรงเวลาในทุกวัน โดยการรับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที เพราะเป็นเวลาที่ยาจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดพอดีกับกลูโคสที่เริ่มสูงขึ้นในเลือดจากการกินอาหาร ได้พอดี การรับประทานยาคิดเวลาอาจทำให้น้ำตาล ในเลือดต่ำลงได้ นอกจากนี้ควรระวังเรื่องอันตรายจากการใช้ยาอื่นๆ โดยไม่ยืมยา หรือแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน และถ้ากินยาสมุนไพรเพิ่มจากยาที่แพทย์สั่ง ควรปรึกษาแพทย์หรือแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้งเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด ในกรณีที่สงสัยว่าอาจจะมึนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำให้รับประทานอาหาร น้ำหวานหรือลูกอมทันที ปรึกษาแพทย์โดยไม่ต้องรอวันนัด ถ้าพบความผิดปกติในการรับประทานยาบ่อย หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น และพึงระลึกเสมอว่า ยาที่มีฤทธิ์ที่ไม่เหมือนอินซูลินดังนั้นการรับประทานยาอย่างเดียวยังไม่สามารถรักษาหรือควบคุมเบาหวานให้ได้ผลดี จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตัวในเรื่องอื่นควบคู่ไปด้วยเสมอ

อันตรายจากการใช้ยาในการรักษาเบาหวาน

การใช้ยาในการรักษาเบาหวานมีอันตราย (สุริย์ จันทร์โมลี, 2535: 16-18) ดังนี้

1. การใช้ยาเกินขนาด อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หมดสติ และเสียชีวิตได้ง่าย หลังกินยา เมื่อมีอาการใจสั่น มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก เหงื่อออก ควรรับประทานของหวานทันที (สุริย์ จันทร์โมลี, 2535: 18) กล่าวว่าการเพิ่มขนาดของยาที่ได้ผลดีแล้วเพิ่มขึ้นต่อไปอีก จะไม่สามารถเพิ่มสมรรถภาพของยาให้มากขึ้นตามขนาดของยาที่เพิ่มมากขึ้น แต่อาจเกิดเป็นพิษขึ้นได้

2. อันตรายจากการรับประทานยาคิดเวลา ยามีคแต่ละชนิดออกฤทธิ์แตกต่างกัน เวลาเริ่มออกฤทธิ์และออกฤทธิ์สูงสุดไม่เท่ากัน เพราะฉะนั้นถ้ายาหมด จะขอยืมยาจากคนอื่นมารับประทานไม่ได้ ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ควรรับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที เพราะยาจะออกฤทธิ์ได้ดี เมื่อยาคูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด พอดีกับกลูโคสในกระแสเลือดสูงขึ้นจากการรับประทานอาหาร มิฉะนั้นจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำข้อสำคัญต้องควบคุมอาหารและลดน้ำหนักควบคู่กันไปด้วยถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรหยุดยาไว้ก่อนและควรปรึกษาแพทย์

3. อันตรายจากการยาอื่นร่วมกันในการรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพรบางชนิดอาจช่วยเสริมฤทธิ์ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติได้ ดังนั้นเมื่อไปตรวจตามนัด ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับยาอื่นที่รับประทานร่วมด้วย ยารักษาเบาหวานต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคตับ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

ยาฉีดอินซูลิน (Insulin)

ในปัจจุบันยาฉีดอินซูลินที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ (วิทยา ศรีดามา และอุษณีย์ รังคะนานนท์, 2545: 267-274)

1. ชนิดออกฤทธิ์สั้น ลักษณะยาเป็นน้ำใส ออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง เมื่อ ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง จะเริ่มออกฤทธิ์ในเวลา ½ - 1 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุด 2-4 ชั่วโมง ให้ฉีดก่อนอาหาร ½ ชั่วโมง
2. ชนิดออกฤทธิ์ยาว ลักษณะเป็นน้ำขุ่น ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 8-12 ชั่วโมงเมื่อเข้าฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะเริ่มออกฤทธิ์ในเวลา 1-2 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุด 6-12 ชั่วโมง

การใช้ยาฉีดอินซูลิน

ยาฉีดอินซูลินออกฤทธิ์โดยการนำน้ำตาลจากเลือดเข้าไปในเซลล์ร่างกายเพื่อให้ร่างกายใช้เป็นพลังงาน ยาฉีดอินซูลินที่มีใช้ในประเทศไทยมี 5 ชนิด

Insulin	onset	peak	duration
1. Rapid – acting: Liapro (Humalog),Aspart(Novorapid) เป็นอินซูลินน้ำใสชนิดออกฤทธิ์เร็ว	5 – 15 min	30 – 90 min	5 hour
2. Short-acting: Regular (Humulin-R,Actrapid) เป็นอินซูลินน้ำใสชนิดออกฤทธิ์สั้น	30 – 60 min	2 – 3 hours	5 – 8 hours
3. Intermediate-acting: NPH insulin (Humulin-N,Insulatard) เป็นอินซูลินน้ำใสชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง	2 – 4 hours	4 – 10 hours	10 – 16 hours
4. Long-acting: Glargine insulin (Lantas) เป็นอินซูลินน้ำใสชนิดออกฤทธิ์ยาว	2 – 4 hours	No peak	20 – 24 hours

Insulin	onset	peak	duration
5. Premixed:			
70%NPH/30%RI(Humulin 70/30)	30 – 60 min	Dual	10 – 16 hours
75%NPH25%Lispro (Humalog mix 25)	5 – 15 min	Dual	10 – 16 hours
70%NPH/30%Aspart(Novo mix 30)	5 – 15 min	Dual	10 – 16 hours

ชนิดออกฤทธิ์ยาว ลักษณะเป็นน้ำขุ่น ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 8-12 ชั่วโมง เมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังจะเริ่มออกฤทธิ์ในเวลา 1-2 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุด 6-12 ชั่วโมง

บริเวณที่ฉีดอินซูลิน

การฉีดอินซูลิน ควรฉีดใต้ผิวหนัง ตำแหน่งที่ฉีดได้แก่ ต้นแขน หน้าขา หน้าท้อง และสะโพก เนื่องจากการดูดซึมอินซูลินแต่ละที่ไม่เท่ากัน โดยดูดซึมมากที่สุดที่บริเวณหน้าท้อง รองลงมาที่ต้นแขน ส่วนที่หน้าขา และสะโพกดูดซึมได้ไม่ค่อยดี ดังนั้นจึงควรแนะนำให้ฉีดอินซูลินในบริเวณเดียว ไม่ควรสลับตำแหน่งที่ฉีด เพราะอาจทำให้ระดับน้ำตาลในแต่ละวันไม่สม่ำเสมอได้ โดยมากมักจะแนะนำให้ฉีดที่บริเวณหน้าท้องเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากดูดซึมได้ดี สม่ำเสมอ และการดูดซึมไม่เพิ่มมากขึ้นในกรณีที่ไม่ออกกำลังกาย ตำแหน่งที่ฉีด ควรฉีดห่างจากการฉีดครั้งที่แล้วประมาณ 1 นิ้วครึ่ง อย่าให้ซ้ำที่เดิม เพราะอาจแข็งเป็นไต ทำให้ดูดซึมยาได้ไม่ดี และไม่สม่ำเสมอ

ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาอินซูลิน มีดังนี้

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีอาการใจสั่น มือสั่น วิงเวียน หน้ามืดจะเป็นลม วิธีแก้ไขคือ ดื่มน้ำหวานหรือน้ำผลไม้ 1 แก้วทันที หรืออมท็อฟฟี่หวานๆ หรือน้ำตาล แล้วรีบรับประทานอาหาร ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้รีบมาพบแพทย์

2. การแพ้อินซูลิน จะมีอาการคันและแสบบริเวณที่ฉีดยา หรือมีตุ่มขึ้น แต่จะหายไปภายใน 6-24 ชั่วโมง

3. ไขมันบริเวณที่ฉีดฝ่อเป็นรอยบุ๋ม เกิดจากสิ่งไม่บริสุทธิ์ที่มีอยู่ในอินซูลิน การป้องกันคือ ให้สลับหมุนเวียนตำแหน่งที่ฉีดยา

วิธีการเก็บรักษาอินซูลิน

สามารถเก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง (อุณหภูมิต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส) ไม่ให้ยาถูกแดด จะเก็บได้นานประมาณ 1 เดือน แต่ในประเทศไทยมีอากาศร้อน จึงควรเก็บไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดา ซึ่งมีอุณหภูมิ ซึ่งมีอุณหภูมิ 2.8 องศาเซลเซียส ห้ามใส่ช่องแช่แข็ง

การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยทั่วไปและการดูแลเท้า

การดูแลรักษาสุขภาพร่างกายเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าคนปกติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องรักษาความสะอาดของร่างกาย ระวังการติดเชื้อ หมั่นตรวจดูการเกิดแผลหรือการติดเชื้ออยู่เสมอ

การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป

1. สุขภาพผิวหนัง อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ทำความสะอาดบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ขาหนีบ ใต้ราวนม เช็ดให้แห้ง อย่าให้ชื้นแฉะ เพราะอาจจะเกิดเชื้อราได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ้วน ถ้ามีเหงื่อออกมากให้ใช้แป้งฝุ่นทาบางๆ ถ้าผิวหนังแห้งมากใช้ครีมทาผิวทาบางๆ หลังการอาบน้ำแต่ละครั้ง สวมเสื้อผ้าสะอาด เปลี่ยนทำความสะอาดทุกวัน ถ้ามีอาการอักเสบของผิวหนัง ผื่นคันผิวหนัง ควรปรึกษาแพทย์ ผ่าตัดตัว ปลอกหมอน ควรซักสัปดาห์ละครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

2. สุขภาพฟัน ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและก่อนนอน บ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง พยายามบ้วนเศษอาหารที่ติดค้างออกจนหมด ควรไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพฟันและช่องปากทุกๆ 6 เดือน

3. สุขภาพตา เบาหวานอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางตาได้ง่าย ทั้งต่อกระจกและการเสื่อมของจอรับภาพตา จึงควรไปพบจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง

4. การดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ โดยการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ คี้นละ 6-8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มเหล้า ดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะให้เป็นปกติระมัดระวังไม่ให้เกิดปัญหาท้องผูก เนื่องจากเป็นแหล่งของเชื้อโรค และไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพราะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้มากกว่าคนปกติ เฝ้าระวังความเครียดและผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม เช่น ขอมรับความเจ็บป่วย และจัดการกับโรค เพื่อการมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุขแม้เป็นเบาหวาน

5. มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ผ่อนคลายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย โดยใช้หลักพระพุทธศาสนา เช่น การฝึกสมาธิ ระบายปัญหาและเปิดใจรับฟังข้อเสนอแนะของบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิด หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัดขัดเยียด หรือที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยที่เป็น โรคติดต่อ รับประทานอาหารที่สะอาดและทำให้สุกแล้ว ดื่มน้ำที่สะอาด เป็นต้น

การดูแลเท้า

1. ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 50 จะประสบปัญหาาระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมภายใน 25 ปี หลังจากเป็นโรค (Walker, 1991 อ้างถึงใน ภาวนา กิรติคุณวงศ์, 2544: 65) ทำให้รู้สึกขาบริเวณเท้า และสูญเสียความรู้สึก ก่อให้เกิดบาดแผลได้ง่าย ซึ่งลักษณะของแผลเบาหวาน มักจะเป็นแผล

เรื้อรัง รักษาหายยาก เนื่องจากมีการเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ขาดสารอาหารและขาดออกซิเจนมาเลี้ยงมาหล่อเลี้ยงบริเวณแผล แผลจึงมีลักษณะซึด เป็นหลุมลึก มีเนื้อตาย

2. หลีกทั่วไปในการดูแลเท้า ประกอบด้วย 4 หัวข้อใหญ่ๆ คือ (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2544: 66-67; ธิติ สันบุญ, 2545: 275-276)

3. ตรวจสอบดูส่วนต่างๆ ของเท้าอย่างละเอียดทุกวัน โดยเฉพาะตามซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้า บริเวณจุดที่รับน้ำหนัก บริเวณรอบเล็บเท้า เพื่อดูว่ามีรอยขีด บาดแผลหรือการอักเสบหรือไม่ การตรวจควรใช้กระจกส่องบริเวณฝ่าเท้า จะช่วยให้มองเห็นบริเวณฝ่าเท้าและซอกนิ้วได้ดีขึ้น

4. ทำความสะอาดเท้า และซอกนิ้วเท้าด้วยสบู่อ่อน ล้างและซับให้แห้ง ไม่ควรให้หินขัดหรือแปรงที่มีขนแข็งขัดเท้า ตรวจสอบดูส่วนต่างๆ ของเท้าอย่างละเอียดทุกวันว่า มีบาดแผล คุ่มพอง รอยขีด รอยแดง รอยแตกหรือไม่

5. สวมรองเท้าทุกครั้งเวลาออกไปข้างนอกบ้าน รองเท้าควรเป็นแบบปลายมน ไม่ควรใช้รองเท้าปลายแหลม รองเท้าควรทำมาจากหนังหรือผ้า หลีกเลี่ยงรองเท้าที่ทำมาจากพลาสติก ก่อนสวมรองเท้า ควรตรวจดูภายในรองเท้าก่อนว่ามีเศษวัสดุ เช่น หิน กระจุก เมล็ดผลไม้ เป็นต้น อยู่ในรองเท้าหรือไม่ ตัดเล็บเท้าตรงๆ ให้ห่างจากผิวหนังพอสมควร เพื่อป้องกันการเกิดเล็บขบ และไม่ควรรัดหรือรัดแน่น หรือดึงหนังแห้งแข็งที่เท้าออก เพราะจะทำให้เกิดบาดแผลและติดเชื้อได้ถ้าสายตาไม่ดีควรให้ผู้อื่นตัดให้

6. หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง หรือนั่งพับเพียบ เพราะทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี

7. ระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดกับเท้า เช่น การถูกของแหลมตำเท้า การถูกของร้อนจัดทำให้เป็นแผลไหม้พอง ถ้าตรวจพบแผลขนาดใหญ่ หรือลึก มีการอักเสบ ควรไปพบแพทย์

8. ถ้าผิวหนังแห้งเกินไป ควรทาโลชั่นเพื่อป้องกันส้นเท้าแตก โดยเว้นตามซอกนิ้วเท้า เพราะจะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคได้

9. บริหารเท้าวันละ 15 นาที เป็นอย่างน้อย จะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดไปที่ขา และเท้าดีขึ้น โดยยืนตรงเขย่งส้นเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง นับ 1- 2 -3 แล้ววางส้นเท้าราบลง หรือนั่งให้เท้าลอยจากพื้น แล้วบิดข้อเท้าขึ้นขึ้นไปทางซ้ายและสลับกันไปมาและหมุนปลายเท้าเป็นวง

10. สวมถุงเท้าเพื่อให้เท้าอบอุ่น โดยเฉพาะเวลากลางคืน ควรเลือกถุงเท้าที่มีการระบายอากาศและซับเหงื่อได้ดี ถุงเท้าที่ทำจากฝ้ายจะดีกว่าถุงเท้าที่ทำจากใยสังเคราะห์

11. ปฏิบัติแพทย์ทันที่ที่มีความผิดปกติที่เท้า เช่น บาดแผล เล็บขบ ติดเชื้อรา ปวดกล้ามเนื้อที่น่อง หรือส้นเท้า

การสังเกตภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขที่ถูกต้อง

ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบบ่อย ซึ่งเกิดจากเบาหวาน สามารถสังเกตได้ง่ายและผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดสามารถทำการแก้ไขและช่วยเหลือได้ทันที (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคติ, 2540: 251; สุนิตย์ จันทรประเสริฐ, 2539: 499; Dunning, 1994: 11-12) คือ

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ซึ่งถ้าเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดอาการชัก หรืออาจถึงแก่ความตายได้ ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาทันทีที่ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรรู้หลักในการปฏิบัติตัว เพื่อหลีกเลี่ยงมิให้เกิดภาวะนี้และเมื่อเกิดภาวะนี้แล้วควรปฏิบัติตัวอย่างไร

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ ภาวะซึ่งเกิดขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2540: 269) ภาวะนี้เกิดขึ้นได้ทันทีทันใด เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจนเป็นสาเหตุให้เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล สาเหตุเกิดจากการได้รับยาฉีดอินซูลินหรือรับประทานยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดเกินขนาด ดื่มน้ำจืด รับประทานอาหารน้อย ออกกำลังกายมากเกินไป

สัญญาณเตือนภัยซึ่งถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สัญญาณเตือนภัยขนาดเบาๆมีอาการมึนงง ตัวสั่น ประสาทเคลือบ สับสน วุ่นวาย หัวใจสั่นและเต้นเร็ว มีอาการชา และรู้สึกคันยุบยิบหรือคันๆที่ลิ้น หรือริมฝีปากเหมือนมดมาไต่ ถ้ามีอาการรเตือนดังกล่าวเพียงข้อเดียวหรือหลายข้อ ควรดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม หรือรับประทานของหวานทันที เพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเท่าเดิม หรือสูงกว่าระดับเดิมในขณะนั้น ควรให้ระดับน้ำตาลสูงกว่าเดิมจะมีผลดีกว่าระดับน้ำตาลต่ำ

สัญญาณเตือนภัยระดับกลาง มีอาการง่วงนอน หวานนอน ซึ่งไม่เคยเป็นมาก่อน ปวดศีรษะ มีความรู้สึกแปลกๆผิดไปจากธรรมดาที่เคยเป็น มองภาพไม่ชัด รู้สึกไม่สบายในท้อง โกรธ เสร้าซึมโดยไม่มีสาเหตุ ปฏิบัติหรือทำกิจกรรมไม่ได้ตามปกติ ถ้ามีอาการเตือนควรดื่มน้ำหวานหรือรับประทานของหวานทันที และควรพกผลไม้ ทอफी น้ำตาลก้อน น้ำหวานติดตัวขณะเดินทาง ขับรถ หรือออกกำลังกาย

สัญญาณเตือนภัยระดับรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการบำบัดให้ทันทีที่เกิดภาวะฉุกเฉินเช่น ชักกะตุก ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย จึงควรมีบัตรประจำตัวที่แสดงว่าเป็นโรคเบาหวาน ถ้าพบผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว รีบนำส่งโรงพยาบาลทันที เพื่อให้ 50% กลูโคส 50 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ (สุนิตย์ จันทรประเสริฐ, 2539: 269)

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) คือภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง กว่า 10 มิลลิโมลต่อลิตร (180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) เนื่องจากการขาดอินซูลิน อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะเกิดขึ้น เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 15 มิลลิโมลต่อลิตร (270 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) (Dunning, 1994: 80) อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย

อ่อนเพลีย ผิวหนังและปากคอแห้ง ระบายน้ำมาก ถ้าเป็นมากจะมีอาการคลื่นไส้ เหนื่อยหอบ ซึม และหมดสติ สาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป ใช้น้ำไม่ถูกขนาดหรือขาด มีอาการเจ็บป่วยจากโรคอื่นๆ หรือจากการได้รับยาบางประเภท เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ การรักษาให้ดื่มน้ำมากๆ พักผ่อน งดออกกำลังกาย ใช้น้ำตาลระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมการรับประทานอาหาร สอนวิธีการป้องกันโดยให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ใช้น้ำให้ถูกขนาด บางรายอาจต้องสอนให้ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะและเลือด ตลอดจนการปรับขนาดยาให้เหมาะสม (บุญทิพย์ สิริขันธ์, 2538: 74)

การมาตรวจตามนัด

การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้สามารถค้นพบอาการของภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจตามนัดจะได้รับการวัดความดันโลหิต เจย์ กล่าวว่า การวัดความดันโลหิตเป็นการชี้วัดสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวาน ได้แก่ จอตาเสื่อม ภาวะเส้นเลือดแข็งและตีตัน ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมานาน 5 ปี ควรได้รับการตรวจตาและตรวจตาทุกปี การควบคุมเบาหวานนั้นจะต้องตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงน้ำตาลของผู้ป่วยเช่น ในภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง เกล็ดน้ำตาลจะบวมทำให้การหักเหของแสงผิดปกติโดยชั่วคราวผู้ป่วยเบาหวานอาจเกิดต่อกระจกตาหรือต้อหินได้ ดังนั้นการได้รับการตรวจตาทุกปี จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตาได้

ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ปลอดภัยจากภาวะไตวาย (Ziyadeh et al., 1989: 95-98 อ้างอิงในวรรณิ นิธิยานันท์, 2535) ได้แก่ ตรวจหาอัลบูมินในปัสสาวะทุกๆ ปีวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่ตรวจ (ไม่ควรเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ใช้น้ำตาลในเลือดสูงให้น้ำหนักมาก ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีที่สุด ควรได้รับอาหารโปรตีน 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการมาตรวจตามนัด จะมีการหาอัลบูมินในปัสสาวะการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้หรือไม่ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ควบคุมน้ำตาลจะมีความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยสรุป การควบคุมระดับน้ำตาลน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ซึ่งประเมินโดยการตรวจหาระดับน้ำตาลในระดับเลือดเช่นกัน

จะเห็นได้ว่า เบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลตัวเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลกิจกรรมที่ต้องทำเพื่อตอบสนองความต้องการที่มีแบบแผนเป็นลำดับขั้นตอน การกระทำที่มีประสิทธิภาพ จะคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ของมนุษย์ทำให้เกิดพัฒนาการและความผาสุกในผู้ป่วยเรื้อรัง (Wellness in illness) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องการ

ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความเข้าใจ ความหมายของข้อมูล วิธีการรักษาเพื่อใช้ในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลตัวเอง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539: 144)

การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างปกติสุขเพราะไม่มีใครดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ดีเท่ากับตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นพยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองดังนี้

1. การดูแลสุขภาพทั่วไป

- 1.1 การดูแลสุขภาพทั่วไปในชีวิตประจำวัน
- 1.2 การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 - 1.2.1 สุขภาพระบบภูมิคุ้มกัน
 - 1.2.2 สุขภาพตา
 - 1.2.3 สุขภาพฟันและช่องปาก
 - 1.2.4 สุขภาพผิวหนัง
 - 1.2.5 สุขภาพเท้า

2. การดูแลตนเองในภาวะพิเศษ

- 2.1 การปฏิบัติตัวในภาวะเจ็บป่วย อาการที่ควรรีบมาพบแพทย์
- 2.2 การปฏิบัติตัวเมื่อไปงานเลี้ยง
- 2.3 การปฏิบัติตัวเมื่อออกกำลังกาย
- 2.4 การปฏิบัติตัวเมื่อเดินทาง
 - 2.4.1 ยา
 - 2.4.2 อุปกรณ์
 - 2.4.3 อาหาร

แนวทางการพยาบาลวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การควบคุมอาหาร

เป้าหมายของการรักษาด้วยโภชนบำบัดทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. เพื่อควบคุมและรักษา
2. เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน โดยการรับประทานอาหารและปรับเปลี่ยนวิถีความดำเนินชีวิต
3. เพื่อคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความต้องการ ความชอบ และความเต็มใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. เพื่อผู้ป่วยมีความสุขกับการรับประทานอาหารและหลีกเลี่ยงหรือจำกัดอาหารอาหารที่มีผลต่อโรคเบาหวาน

เป้าหมายของการรักษาด้วยโภชนาบำบัดทางการแพทย์สำหรับภาวะเฉพาะ

1. เพื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารตามความต้องการเฉพาะของแต่ละวัย ได้แก่ผู้ป่วยเด็กที่เป็น Type I Diabetes Mellitus หรือ Type II Diabetes Mellitus ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลินสามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการรักษาโรคเบาหวานระหว่างที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

แนวทางการรับประทานอาหาร มีดังนี้

1. รับประทานอาหารครบทุก กลุ่มให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย
2. รับประทานอาหารให้หลากหลายชนิดไม่ซ้ำ จำเจ
3. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละมื้อ
4. รับประทานอาหารได้มากน้อยตามหมวดอาหารที่แสดงด้วยพื้นที่ในภาพในธงโภชนาการซึ่งบอกปริมาณเป็นส่วนที่เข้าใจง่าย
5. รับประทานอาหารหลากหลายในแต่ละหมวด โดยเลือกรับประทานสลับเปลี่ยนหมุนเวียนกันได้หมวดเดียวกัน

6. รับประทานไขมัน น้ำตาล และเกลือ ในปริมาณเล็กน้อยเท่าที่จำเป็น

หมวดอาหารและรายการอาหารแลกเปลี่ยน

อาหารไทยแบ่งได้เป็น 5 หมู่ แต่แบ่งออกเป็น 6 หมวด เนื่องจากแยกหมวดนมออกจากหมวดเนื้อสัตว์เพราะนมมีคาร์โบไฮเดรต เป็นส่วนประกอบด้วย อาหารแต่ละหมวดให้พลังงาน โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต โดยเฉลี่ยใกล้เคียงกันสามารถแลกเปลี่ยนกันได้หมวดเดียวกันปริมาณอาหารในรายการแลกเปลี่ยนแต่ละหมวดกำหนดหน่วยเป็น “ส่วน” ปริมาณอาหาร 1 ส่วนจะแตกต่างกันแล้วแต่ชนิดอาหาร

หมวด 1. ข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์จากข้าวและแป้ง

หมวดข้าว แป้ง 1 ส่วน ให้พลังงาน 80 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
ข้าวกล้อง*ข้าวซ้อมมือ*ข้าวสวย	1/3 ถ้วยตวง (1 ทัพพี)
ข้าวเหนียวหนึ่ง	¼ ถ้วยตวง (3 ช้อนโต๊ะ)
กล้วยเดี่ยวสุก	2/3 ถ้วยตวง

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
มักกะโรนี สปาเกตตี้ วุ้นเส้นสุก	2/3 ถ้วยตวง
มันเทศ*เผือก*ลูกเดือยสุก*ถั่วเมล็ดแห้งสุก*	½ ถ้วยตวง
ขนมปังแสมเบอเกอร์ ขนมปังสอดดอก	½ คู่
ขนมปังโฮลวีท * ขนมปังปอนด์	1 แผ่น
ขนมปังกรอบจืด	3 แผ่นสี่เหลี่ยม
ขนมจีน	1 จีบใหญ่
มันฝรั่งสุก ฟักทอง*	¾ ถ้วยตวง
บะหมี่	¾ ถ้วยตวง (1 ก้อน)
บะหมี่สำเร็จรูป (แห้ง)	1/3 ห่อ
ซีเรียลไม่เคลือบน้ำตาล	½ ถ้วยตวง
ข้าวโพดต้ม*	½ ถ้วยตวง (1/2 ฟักใหญ่)
ข้าวโพดคั่วไม่ใสเนย*	3 ถ้วยตวง
เกาลัดจืดคั่ว	3 เม็ดใหญ่ 5 เม็ดเล็ก
วิทเจอร์ม	3 ช้อนโต๊ะ

หมายเหตุ * มีใยอาหารสูง

หมวด 2. ผักต่าง ๆ

หมวดผัก 1 ส่วน ให้พลังงาน 25 แคลอรี

คือผักสด 1 ถ้วยตวง หรือผักสุก ½ ถ้วยตวง

ได้แก่ ผักกะหล่ำ ผักคื่นฉ่ำ ผักโขม ผักหวาน ผักคะน้า บล๊อคเคอรี่ ถั่วงอก แขนงกะหล่ำ กะหล่ำปลี มะระ มะรุม มะละกอดิบ หัวผักกาด หัวผักกาดแดง มะเขือเสวย ต้นกระเทียม ยอดและใบตำลึง ใบมะขามอ่อน ใบกระเทียมจีน ใบชะพลู ใบขี้เหล็ก รากบัว ดอกมะขาม ดอกโสน ดอกผักกวางตุ้ง ดอกขจร ดอกกุยช่าย จิงแก่ สะเดา ยอดกระถิน ยอดแค ยอดมะขามอ่อน ยอดมะพร้าวอ่อน แครอท หัว ถั่วแขก ถั่วลันเตา ถั่วพู ถั่วฝักยาว หน่อไม้ฝรั่ง สะตอ ข้าวโพดอ่อน ฟักทอง พริกหวาน หอมหัวใหญ่

หมายเหตุ ผักบางชนิดสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดเพราะให้พลังงานน้อยมาก ได้แก่ ผักกาด ผักปวยเล้ง ผักแว่น ผักบุ้ง ผักชี ผักกวางตุ้ง กะหล่ำปี มะเขือ มะเขือเทศ ถีนช่าย บวบ ต้นหอม แตงกวา แตงร้าน แตงโมอ่อน ฟักเขียว แฟง ถุน จิงอ่อน ขมิ้นขาว น้ำเต้า ใบกระเพรา ใบโหระพา ใบสาระแหน่ ใบบัวบก หยกกล้วยอ่อน สายบัว พริกหยวก พริกหนุ่ม

หมวด 3. ผลไม้

ผลไม้ 1 ส่วน ให้พลังงาน 60 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
กล้วยน้ำว้า ละครุด	1 ผล
พลับสด	2 ผล
พุทรา มังคุด	4 ผล
ลิ้นจี่	4 – 5 ผล
เงาะ	4 – 6 ผล
ลองกอง ฝรั่ง	8 – 10 ผล
เชอร์รี่	12 ผล

หมายเหตุ ผลไม้ที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ผลไม้เชื่อม ผลไม้กวน ผลไม้ดอง ผลไม้บรรจุกระป๋อง ผลไม้สุกที่มีเครื่องจิ้ม เช่น มะม่วงน้ำปลาหวาน ผลไม้จิ้ม น้ำตาล-พริก-เกลือ

หมวด 4. เนื้อสัตว์และอาหารทดแทนเนื้อสัตว์

4.1 เนื้อสัตว์ ไขมันต่ำมาก 1 ส่วน ให้พลังงาน 35 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
ปลาแห้ง ** ปลาหมึกแห้ง**	1.5 ช้อนโต๊ะ
เนื้อปลา ปลาหมึก* เนื้อปู* สันไก่	2 ช้อนโต๊ะ
กุ้งแห้ง**	2.5 ช้อนโต๊ะ
เลือดไก่	3 ช้อนโต๊ะ
เลือดหมู	6 ช้อนโต๊ะ
ลูกชิ้นปลา	5 ลูก
กุ้งขนาดกลาง*	4 – 6 ตัว
หอยแครง*หอยลาย	10 – 15 ตัว
ถั่วงอกแช่แข็ง	½ ถ้วยตวง
ปลาทูน่ากระป๋องในน้ำเกลือ**	¼ ถ้วยตวง

4.2 เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน ให้พลังงาน 55 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
เนื้ออกไก่ เนื้อห่าน/เป็ดไม่ติดหนัง หมูเนื้อแดง เนื้อสะโพก หรือน่องไม่ติดมัน ปลาซัลมอน ปลาหมอ ปลาจระเม็ดขาว ปลาทูน่าในน้ำมัน ** เครื่องในสัตว์*	2 ช้อนโต๊ะ
ปลาซาตินในกระป๋อง	2 ตัวกลาง
ลูกชิ้นหมู	5 – 6 ลูก

4.3 เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง 1 ส่วน ให้พลังงาน 75 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
เนื้ออบไม่ติดมันหมูย่างไม่มีมัน หมูติดมัน ซีโรงหมูติดมันเล็กน้อย เนื้อไก่ทอดติดหนัง เนื้อปลาทอด เนื้อเป็ดติดหนัง ตับเป็ด *	2 ช้อนโต๊ะ
ไข่*	1 ฟอง
เนยแข็ง	1 แผ่น
แฮม**	1 ชิ้น
เต้าหู้แข็ง	½ แผ่น
เต้าหู้อ่อน	¾ หลอด
นมถั่วเหลือง	1 ถ้วยตวง
แคปหมูไม่ติดมัน**	1/3 ถ้วยตวง

4.4 เนื้อสัตว์ไขมันสูง 1 ส่วน ให้พลังงาน 100 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
หมูยอ คอหมู ซีโรงหมูติดมัน หมูปนมัน หมูบดปนมัน แหนม กุนเชียง**	2 ช้อนโต๊ะ
ไส้กรอกหมู**ไส้กรอกอีสาน**	1 แท่ง
เบคอน	1 ชิ้น

หมายเหตุ * มีโคเลสเตอรอลสูง **มีโซเดียมสูง

หมวด 5. นม

5.1 นมไขมันเต็มส่วน 1 ส่วน ให้พลังงาน 150 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
โยเกิร์ต ไขมันเต็มส่วนไม่ปรุงแต่งรส*	1 ถ้วยตวง
นมสดจืด ไขมันเต็มส่วน*	1 ถ้วยตวง = 240 ซีซี = 1 ถ้วย
นมสดระเหย*	½ ถ้วยตวง = 120 ซีซี
นมผง ไขมันเต็มส่วน*	4 ช้อนโต๊ะ

5.2 นมพร่องมันเนย 1 ส่วน ให้พลังงาน 120 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
โยเกิร์ต พร่องไขมันไม่ปรุงแต่งรส*	1 ถ้วยตวง
นมสดจืดพร่องไขมัน	1 ถ้วยตวง = 240 ซีซี = 1 ถ้วย

5.3 นมขาดมันเนย 1 ส่วน ให้พลังงาน 90 แคลอรี

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
นมผงขาดมันเนย	¼ ถ้วยตวง = 4 ช้อนโต๊ะ

หมายเหตุ* มีไขมันอิ่มตัวสูง

นมที่ควรหลีกเลี่ยงคือนมที่มีการปรุงแต่งรสทุกชนิด ได้แก่ นมสดชนิดหวาน นมรสกาแฟ/สตروبอรี นมข้นหวาน นมที่เสริมผลไม้ทุกชนิดมีปริมาณน้ำตาลสูง รวมทั้งเครื่องดื่ม พวกโอวัลติน ไมโล และโกโก้ ที่มีส่วนผสมของน้ำตาล

หมวด 6. ไขมันและน้ำมัน

ไขมัน 1 ส่วน ให้พลังงาน 45 แคลอรี

6.1 ไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
น้ำมันหมู/ไก่ เนยสด เนยขาว เนยเทียม*	1 ช้อนชา
กะทิ	1 ช้อนโต๊ะ
ครีมนมสด	2 ช้อนโต๊ะ
เบคอนทอด	1 ชิ้น

6.2 ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มหลายตำแหน่ง

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
น้ำมันถั่วเหลือง/ข้าวโพด/ดอกคำฝอย/ดอกทานตะวัน มาของเนส	1 ช้อนชา
น้ำมันสลัด เมล็ดฟักทอง เมล็ดดอกทานตะวัน	2 ช้อนชา

6.3 ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตำแหน่งเดียว

ชนิดอาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน
น้ำมันถั่วลิสง/มะกอก/รำข้าว	1 ช้อนชา
เนยถั่ว	2 ช้อนชา
งา	1 ช้อนโต๊ะ
มะกอก	8 – 10 ผลใหญ่
ถั่วอัลมอน เมล็ดมะม่วงหิมพานต์	6 เมล็ด
ถั่วลิสง	10 เมล็ด

หมายเหตุ * เนยเทียมชนิดนี้จะมีปริมาณไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าชนิดแข็งหรือชนิดแท่ง ไขมันที่ควรหลีกเลี่ยงคือชนิดที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เพราะมีผลในการเพิ่มโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น ไขมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว กะทิ

การออกกำลังกาย

ชนิดของการออกกำลังกาย

1. กิจวัตรประจำวัน

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถออกกำลังกายได้เต็มที่ ควรเริ่มจากการปรับกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ร่างกายชินแล้วค่อย ๆ ปรับไปสู่การออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ การปรับกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การใช้บันไดแทนลิฟท์ การทำงานบ้านเสริม เช่น การปลูกต้นไม้ การล้างรถ

2. การออกกำลังกายแบบแอโรบิค

การออกกำลังกายแบบแอโรบิค หมายถึงการเคลื่อนไหว ร่างกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหัวใจ ใหญ่ๆ ของแขนและลำตัวอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ได้แก่ การวิ่งเหยาะ เดินเร็ว รำมวยจีน ว่ายน้ำ

หลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมี 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm-up exercise) เป็นการเตรียมกล้ามเนื้อ โดยการยืดเส้น ยืดสาย หรือการเดินช้าๆ ระยะนี้ใช้เวลา 5 – 10 นาที

ระยะที่ 2 การออกกำลังกายหลัก เป็นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ในระดับความหนักปานกลาง ระยะนี้ใช้เวลา 20 -30 นาที

ระยะที่ 3 การผ่อนการออกกำลังกาย (Cool-down exercise) เป็นการผ่อนการออกกำลังกายช้าๆ โดยไม่หยุดทันทีทันใด และตามด้วยการบริหารยืดกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายได้กำจัดของเสียที่ค้างอยู่ในกล้ามเนื้อให้ลดลงและบรรเทาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย ระยะนี้ใช้เวลา 5 – 10 นาที

ข้อควรพิจารณาการเลือกชนิดของการออกกำลังกายควรพิจารณาถึงความถนัดและความชอบส่วนบุคคล นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยด้วย ได้แก่

1. ปัญหาเส้นเลือดในลูกตา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรงดการออกกำลังกายที่มีการกระโดดเปลี่ยนแปลงท่าทาง หรือต้องใช้การออกแรงกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง
2. โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเลือกการออกกำลังกายที่ระดับความหนักคงที่และไม่หนักเกินไปจนเกิดอาการ
3. โรคไตและปลายประสาทที่แขนขาอักเสบและเสียวความรู้สึก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเลือกการออกกำลังกายที่ต้องลงน้ำหนักอยู่กับที่เป็นเวลานาน

ความหนักของการออกกำลังกาย

ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด การออกกำลังกายที่เหมาะสมควรมีระดับเบาถึงปานกลาง ความหนักของระดับปานกลาง ประเมินง่ายๆ ได้ด้วยตัวผู้ป่วยเองกล่าวคือมีการหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ เริ่มพูดต่อเนื่องเป็นประโยคไม่ได้ ตลอดต้องหยุดหายใจเป็นระยะเวลาสั้นๆ เป็นระยะเวลาสั้นๆ เป็นครั้งคราวแต่ไม่ถึงกับหอบเหนื่อยจนต้องหยุดพูดเพื่อให้หายใจได้ทัน

ความหนักของการออกกำลังกายควรประมาณร้อยละ 60 – 85 %ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด อายุที่มากจะใช้ระดับความหนัก (%) ที่น้อยลง คำนวณได้จากสูตร

$$\text{ชีพจรเป้าหมาย} = \text{ความหนักที่กำหนด} \times (220 - \text{อายุ})$$

ความนานและความถี่ของการออกกำลังกาย

ควรออกกำลังกายนานครั้งละ 20 – 30 นาที โดยทั่วไปควรนาน 30 -45นาที แต่ไม่ควรนานเกินครั้งละ 60 นาที หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักเป็นครั้งคราวหรือติดต่อกันหลายวันเป็นช่วง ๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ ส่วนความถี่ของการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ 3 – 5 วัน/สัปดาห์ ระยะ 2 – 4 สัปดาห์แรกควรทำ 2 – 3 วัน/สัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายได้ปรับตัว

ช่วงเวลาที่เหมาะสมของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในแต่ละช่วงของวัน ได้ผลดีเหมือนกัน แต่การออกกำลังกายในช่วงเช้า จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia น้อยกว่าในช่วงเย็น ควรหลีกเลี่ยงหรืองดออกกำลังกาย ในช่วงกลางวันหรือบ่ายที่มีแดดร้อนอบอ้าว เพราะอาจทำให้เกิดภาวะ Electrolyte imbalance

การใช้ยารักษา

การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

1. ยากลุ่มที่กระตุ้นตับอ่อนให้สร้างและหลั่งอินซูลินที่เพิ่มขึ้น (insulin secretagogue) คือ ยาในกลุ่ม

1.1 sulfonylurea ได้แก่ Chlopropamide, Glibenclamide, Glipizide, Glicazide, Gliquidone, Glimepiride

- 1) ควรรับประทานก่อนอาหารประมาณ ½ ชั่วโมง
- 2) ห้ามใช้ยากลุ่ม Sulfonylurea ร่วมกับยา Repaglinide
- 3) ห้ามใช้ Sulfonylurea ในผู้ป่วยที่แพ้ยากลุ่มนี้และแพ้ยากลุ่มซัลฟา
- 4) ผลข้างเคียงที่สำคัญของยากลุ่ม Sulfonylurea คือภาวะ Hypoglycemia มักเกิดจาก ได้ยาเกินขนาด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ใต้เสียง ใช้ร่วมกับยาแอสไพรีนขนาดสูง ยาลดไขมันบางชนิด แอลกอฮอล์ ยาต้านฮิสตามีนรีเซปเตอร์ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาต้านเบต้า ยาต้านประสาทพาราเซติก ยาลดกรดยูริก

1.2 Rapid acting insulin secretagogue ที่เป็น Non-Sulfonylurea ได้แก่ Repaglinide ควรรับประทานก่อนอาหารประมาณ 10 – 15 นาทีหรือพร้อมอาหาร เพราะระยะเวลาการออกฤทธิ์เร็วและสั้น สามารถลดระดับน้ำตาลหลังอาหารได้ดี

ถ้าเลื่อนหรืองดอาหารมื้อหลักต้องเลื่อนหรืองดการรับประทานยามื้อนั้นด้วยเพื่อ ป้องกันภาวะ hypoglycemia

2. ยากลุ่มที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น (Insulin sensitizer) คือยาในกลุ่ม

2.1 Metformin ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับเป็นหลักนอกจากนี้ยังทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อดีขึ้น บางส่วนทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เหมาะที่จะใช้เป็นยาลดน้ำตาลตัวแรกในผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วน เพราะไม่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม และอาจช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงเล็กน้อย ช่วยลดโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ถ้าใช้ตัวเดียวจะไม่ทำให้เกิดภาวะ Hypoglycemia แต่ถ้าใช้ร่วมกับยากลุ่ม Sulfonylurea หรืออินซูลินอาจทำให้เกิดภาวะ Hypoglycemia

ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ขมในปาก เบื่ออาหาร ท้องเสีย เมื่อใช้ยาไปสักระยะหนึ่งอาการเหล่านี้จะดีขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงอาการเหล่านี้ควรรับประทานยาพร้อม

อาหารหรือหลังอาหารทันที สามารถรับประทานก่อนอาหารได้ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ มวนท้อง ผลข้างเคียงที่อันตรายคือเกิดภาวะกรดแลคติก จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับหรือไตเสื่อม (Creatinine >1.5 mg%) โรคหัวใจวาย โรคปอดเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ

2.2 Thiazolidinedione ได้แก่ Rosiglitazone, Pioglitazone ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อดีขึ้นเป็นหลัก ทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่ตับเพิ่มขึ้น บางส่วนจะไปยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ

1) ยากลุ่มนี้รับประทานวันละครั้งก่อนหรือหลังอาหารก็ได้

2) เป็นยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ลดการคั่งอินซูลิน โดยกลไกต่างจากยากลุ่ม

Metformin จึงใช้ร่วมกับยากลุ่ม Metformin และยากลุ่มอื่นก็ได้

3) ระวังการใช้ยาในสตรีที่ให้นมบุตร เพราะทำให้ฤทธิ์ยาคุมกำเนิดลดลง

4) ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ น้ำหนักตัวเพิ่ม บวม เอ็นไขว้ตึงเพิ่ม

5) ผลข้างเคียงที่พบน้อยได้แก่ ซีด หัวใจวายจากน้ำและเกลือคั่ง ตับอักเสบรุนแรง (แนะนำให้ตรวจตับก่อนเริ่มให้ยาและหลังให้ยา 1 – 2 เดือน)

6) ห้ามใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร โรคหัวใจวาย

3. ยากลุ่มนี้ยับยั้งการดูดซึมคาร์โบไฮเดรตในลำไส้ (Alpha-glucosidase inhibitors) ได้แก่ Acarbose, Voglibose ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอ็นไซม์ที่ย่อย polysaccharide ให้เป็น monosaccharide ช่วยชะลอการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เล็กให้ช้าลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลหลังอาหารลดลง รับประทานยาพร้อมกับอาหารคำแรกหรือไม่เกิน 15 นาทีของอาหารมื้อนั้น แนะนำให้เคี้ยวยา เพื่อให้ยาที่ย่อยเอ็นไซม์ที่ย่อยแป้งให้เป็นกลูโคส

ผลข้างเคียงของยานี้คือ ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง ผายลม ท้องเสีย เพื่อลดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารเหล่านี้ ควรเริ่มให้ยาค่อยๆ พร้อมอาหารมื้อที่รับประทานน้อยที่สุดแล้วค่อยๆ เพิ่มขนาดยา

ห้ามใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับแข็ง โรคไตเสื่อม (creatinin >2 mg%) โรคเบาหวานที่มีปัญหาทางลำไส้และการดูดซึม โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

หมายเหตุ ยากลุ่ม insulin secretagogue ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ส่วนยากลุ่ม insulin sensitizer ถ้าใช้ตัวเดียวจะไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ถ้าใช้ร่วมกับยากลุ่ม insulin secretagogue หรือใช้ร่วมกับยาฉีดอินซูลินจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

การใช้ยาฉีดอินซูลินลดระดับน้ำตาลในเลือด

การเลือกเวลาที่เหมาะสมในการฉีดอินซูลิน

1. ควรฉีดเวลาใกล้เคียงกันทุกวัน

2. การฉีดอินสุลินชนิดออกฤทธิ์เร็วหรืออินสุลินผสมที่มีอินสุลินชนิดออกฤทธิ์เร็วผสมอยู่ด้วยอาจฉีด 15 นาที ก่อนอาหาร

3. การฉีดอินสุลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางหรือฤทธิ์เพียงชนิดเดียวไม่จำเป็นต้องฉีดก่อนอาหาร เพราะระยะเวลาการออกฤทธิ์ช้า

ผลข้างเคียงของยาฉีดอินสุลิน

1. อาจเกิดผื่นคันจากการแพ้อินสุลิน
2. เกิดรอยบวมหรือรอยนูนบริเวณผิวหนังที่ฉีดอินสุลิน
3. อาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

สิ่งที่ผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินสุลินควรทราบ

1. ชื่อของยาฉีดอินสุลินที่ใช้
2. ปริมาณยาที่ฉีดและวิธีการฉีดอินสุลินที่ถูกต้อง
3. การเก็บยาอินสุลินที่ถูกต้อง
 - 3.1 เก็บยาไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดา ห้ามเก็บในช่องแข็งเพราะทำให้ยาเสื่อมสภาพ
 - 3.2 ถ้าไม่มีตู้เย็น สามารถเก็บยาใส่ขวดหรือกระป๋องที่มีฝาปิดแล้วแช่ในหม้อดินที่มีน้ำหล่อโดยใส่น้ำหล่อให้ระดับน้ำต่ำกว่าปากขวดหรือกระป๋อง
 - 3.3 ยาที่เก็บไว้ในตู้เย็นจะเก็บได้นานกว่าการเก็บไว้ในที่อุณหภูมิห้อง ถ้าเก็บไว้ในอุณหภูมิห้องต้องระวังอย่าให้ถูกแสงแดด
 - 3.4 ถ้าเดินทางควรเก็บยาอินสุลินไว้ในกระเป๋าถือติดตัว หรือแช่ในกระติกน้ำแข็ง หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด ไม่ควรใส่ไว้ในกระเป๋าเดินทาง/กระเป๋าเสื้อ/กระเป๋ากางเกง
 - 3.5 ควรมียาอินสุลินขวดสำรองเก็บไว้ในตู้เย็น เพื่อเกิดอุบัติเหตุตกแตกหือสูญหาย
 - 3.6 อายุของอินสุลิน
 - 1) ขวดที่ยังไม่เปิด เก็บในตู้เย็น ใช้ได้จนถึงวันหมดอายุ
 - 2) ขวดที่เปิดใช้แล้ว เก็บในตู้เย็น ใช้ได้ 3 เดือนนับจากวันเปิดขวด
 - 3) ขวดที่เปิดใช้แล้ว เก็บที่อุณหภูมิห้องใช้ได้ 1 เดือนนับจากวันเปิดขวด
 - 3.7 ลักษณะของยาอินสุลินที่เสื่อมสภาพ
 - 1) มีตะกอนตกค้างที่ก้นขวด
 - 2) มีตะกอนแขวนลอยอยู่ในขวด
 - 3) มีตะกอนสีขาวตกค้างหรือเกาะที่ข้างขวด
4. ตำแหน่งที่เหมาะสมในการฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง
 - 4.1 ตำแหน่งที่ดีที่สุดคือบริเวณหน้าท้องห่างจากสะดือ 1 นิ้ว การดูดซึมที่หน้าท้องจะเร็วกว่าที่ต้นแขนและต้นขาตามลำดับ

4.2 ควรหมุนเวียนจุดฉีด บริเวณหน้าท้องให้ห่างจากตำแหน่งเดิม 1 นิ้ว จะกลับมาฉีดจุดเดิมได้อีกเมื่อเว้นระยะไป 4 – 8 สัปดาห์ การฉีดซ้ำตำแหน่งเดิมบ่อยๆ จะทำให้เกิดรอยบุ๋มหรือรอยนูนบริเวณผิวหนังที่ฉีดเพราะยาคุมซึมได้น้อยลง

4.3 ไม่ควรบ้ายบริเวณผิวหนังที่ฉีดทุกวันเช่น ย้ายจากหน้าท้อง ไปแขนหรือขาทำให้การดูดซึมยาไม่สม่ำเสมอ

4.4 ไม่ควรนวดหรือประคบร้อนบริเวณผิวหนังที่ฉีด เพราะทำยาคุมซึมเร็วเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

5. อาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและวิธีการแก้ไข

การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

1. Hypoglycemia

หมายถึงภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 5 mg% แต่บางรายมีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 mg% อาจมีอาการได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ รับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ ขนาดและชนิดของยาที่ได้รับมากเกินไปแต่บางรายได้ยาเท่าเดิมแต่ประสิทธิภาพการทำลายและการยับยาลดลงเช่นในภาวะตับและไตเสื่อม หรือได้รับสารเพิ่มฤทธิ์ยาเบาหวาน โดยเฉพาะการดื่มสุรา ขณะท้องว่าง การออกกำลังกายหรือทำงานหนักกว่าปกติ

อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ รู้สึกไม่สบายเฉียบพลัน หัวมาก มือสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ใจสั่น หัวใจเต้นแรงและเร็ว ปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย ตาพร่ามัว หรือเห็นภาพซ้อน ความรู้สึกนึกคิดผิดปกติ สับสน เลอะเลือน พฤติกรรมเปลี่ยน หงุดหงิด และจุนเจียวอย่างเฉียบพลัน หน้าซีดและพูดไม่ชัด ชัก หมดสติ ถ้าเกิดเวลากลางคืนอาจมีอาการ ปวดศีรษะ มึนงง เหงื่อออกมากขณะหลับ ฝันร้ายตื่นขึ้นมาเสื่อผ้าเปียกเหงื่อ

การดูแลรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีอาการน้อย ให้รับประทานอาหารทันทีถ้าใกล้มีอาหารหรือรับประทานอาหารว่างเช่นนม ขนมปังแครกเกอร์ ผลไม้รสหวานเช่นส้มหรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีอาการมาก ให้รับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ดูดซึมเร็ว เช่น น้ำหวาน ½ - 1 แก้ว (100 – 200 ซีซี) น้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะละลายในน้ำ 100 ซีซี ลูกอม 2 เม็ดหรือน้ำตาล 2 ก้อน อาการจะดีขึ้นภายใน 5 -10 นาที และควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตชนิดอื่นต่อได้แก่ ขนมปังหรือผลไม้ ห้ามใช้น้ำตาลเทียมเพราะแคลอรีน้อย ในกรณีที่อาการไม่ดีขึ้นให้ดื่มหรือรับประทานของหวานซ้ำ

. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ให้ใส่น้ำตาลหรือน้ำผึ้ง 1 ช้อนที่ข้างกระพุ้งแก้มแล้วรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ห้ามให้อาหารแข็งหรือกรอกน้ำหวานปริมาณมากเด็ดขาดเพราะอาจสำลัก

2. Hyperglycemia

2.1 Diabetic Ketoacidosis (DKA)

หมายถึงภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง 200 – 800 mg% ร่วมกับมีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่งเฉียบพลัน มักพบในผู้ป่วย Type I Diabetes Mellitus

ปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดภาวะ DKA ได้แก่ การขาดอินซูลิน เช่น ขาดการฉีดยาหรือนิดน้อยไป การเกิดภาวะเครียด เช่น การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การผ่าตัด การมีความกดดันทางจิตใจที่รุนแรง ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)

อาการของภาวะ DKA ได้แก่ อาการนำคือถ่ายปัสสาวะบ่อยและมาก (อาจมากกว่า 5 ลิตร/วัน) กระหายน้ำมาก หายใจหอบลึก ลมหายใจมีกลิ่นหวานของอะซิโตน คลื่นไส้อาเจียนมาก ปวดท้อง อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว มีภาวะขาดน้ำ และ hyponatremia ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน สับสน ซึม อาจหมดสติ

การดูแลรักษาภาวะ DKA

1. แก้ไขภาวะขาดน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ ดูแลให้ Isotonic solution เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโดยให้ 0.9%NSS เมื่อระดับโซเดียมในเลือดสูงกว่า 150 mEq/L จึงเปลี่ยนเป็น 0.45%NSS และบันทึกสัญญาณชีพและความดันส่วนกลาง (CVP)

2. การให้โปแตสเซียมตั้งแต่ชั่วโมงแรกของการรักษา ยกเว้นผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงกว่า 5mEq/L หรือไม่มีปัสสาวะติดตามระดับโปแตสเซียมในเลือดทุกชั่วโมง

3. การให้อินซูลินชนิดฤทธิ์สั้นฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ

4. การให้โซเดียมไบคาร์บอเนตในรูปของ 7.5% NaHCO₃ ผสมใน IV drip จะให้ต่อเมื่อเลือดมี pH<7

5. การค้นหาปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดภาวะ DKA และแก้ไข

6. การบันทึก plasma glucose ทุกชั่วโมง และ electrolyte ทุก 2 ชั่วโมง

2.2 Hyperosmolar Hyperglycemic Non ketotic Coma (HHNK/HHNC)

หมายถึงภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 800 – 2000 mg% แต่ไม่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน มักพบในผู้ป่วย Type II Diabetes Mellitus

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ HHNK ได้แก่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี การเจ็บป่วยรุนแรง เช่น การติดเชื้อรุนแรง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การได้รับยาต้านอินซูลิน เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ

อาการของภาวะ HHNK ได้แก่ กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมากผิดปกติ ต่อเนื่องกันหลายวัน โดยเฉพาะตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ตามัว ชักกระตุก เฉพาะที่ ซึม หหมดสติ

การดูแลรักษาภาวะ HHNK จะเหมือนการดูแลรักษาภาวะ DKA แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอายุมากและมีโรคหัวใจร่วมด้วย จึงต้องระวังและดูแลใกล้ชิดในการให้สารน้ำ

3. Infection

การติดเชื้อเกิดจากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานได้ไม่ดีจึงติดเชื้อง่ายในหลายระบบได้แก่

1. ระบบผิวหนัง อาจเกิดฝี (Furunculosis) ฝีฝีกบัว (Carbuncle) แผลเนื้อตาย (Gangreen) การทำแผลควรใช้ Normal saline และ Antibiotics ที่เหมาะกับลักษณะแผล ห้ามใช้ยาที่ระคายเคือง เช่น Tr.Iodine, Dakin solution,
2. ระบบทางเดินหายใจ มักพบวัณโรคปอด
3. ระบบทางเดินปัสสาวะ มักพบ Urinary tract infection

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

1. โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดใหญ่
 - 1.1 Coronary heart disease (โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ) จะมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง คือเจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย แต่บางรายอาจไม่มีอาการเตือนนี้
 - 1.2 Cerebrovascular disease (โรคหลอดเลือดสมองตีบแข็ง) จะมีอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาตครึ่งซีก อาจพูดไม่ได้หรือไม่รู้สึกรู้ตัว
 - 1.3 Hypertension (โรคความดันโลหิตสูง) มักพบในผู้ป่วย Type II Diabetse Mellitus ถ้าความดันโลหิตสูงมากอาจทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองแตกเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้
 - 1.4 Peripheral vascular disease (โรคหลอดเลือดที่เท้า) จะมีอาการปวดน่องมากเวลาเดินไกล ๆ ถ้าหยุดพักอาการจะดีขึ้น หากมีการอุดตันหลอดเลือดมากจนเกิดการตายของเนื้อเยื่ออาจต้องตัดขาในที่สุด
2. โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็ก
 - 2.1 Retinopathy (จอประสาทตาที่ทำหน้าที่รับการมองเห็นเสื่อม) เกิดจากน้ำตาลในเลือดสูงทำให้หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ที่มาเลี้ยงจอรับภาพอุดตันทำให้มีจุดเลือดออก มีการรั่วไหลของน้ำเหลือง จอประสาทตาบวมและเสื่อมสภาพลง เมื่อเริ่มเป็นจะไม่มีอาการเจ็บปวดหรือตามัว เมื่อเป็นมากจะมีอาการตามัว อาจถึงตาบอด จอประสาทตาหลุดลอก (Retinal detachment)
 - 2.2 Nephropathy (ไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน) เป็นภาวะที่ค่อยๆ เกิดขึ้น มักเกิดหลังเป็นโรคเบาหวาน 15 -20 ปี ในระยะแรกจะไม่เกิดอาการใดๆ

อาการมักพบอาการเมื่อไตเสียหายที่มากกว่า 80% ได้แก่

- 1) บวม ระยะแรกบวมจากโปรตีน Albumin ในเลือดต่ำ อีกสาเหตุในระยะสุดท้ายที่ทำให้บวมคือการไม่สามารถขับน้ำและเกลือออกจากร่างกายได้
- 2) อ่อนเพลีย จากการสร้างเลือดแดงลดลงเนื่องจากไตไม่สามารถสร้างฮอร์โมน Erythropoietin ไปกระตุ้นไขกระดูกให้ไขกระดูกสร้างเม็ดแดง
- 3) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารเนื่องจากมีของเสียคั่งในร่างกาย
- 4) ชี้น้และหมดสติ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถขับของเสียออกได้ ทำให้ของเสียคั่งในเลือดมากจึงมีผลรบกวนระบบประสาททำให้ซีงมลงเรื่อยๆ จนหมดสติ

3. โรคแทรกซ้อนของระบบประสาท

3.1 perpheral neurophathy (เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม) ทำให้เกิดอาการชา ู้สึกน้อยลงจนถึงไม่รู้สึกรัก มักเป็นทั้งสองข้างเริ่มจากปลายมือ ปลายเท้า การชาที่เท้าทำให้ไม่รู้ตัวเมื่อเกิดแผล อาจรู้เมื่อแผลติดเชื้อลุกลามมากจนต้องตัดขา อาการปวดเส้นประสาท จะรู้สึกปวดแสบปวดร้อนหรือปวดจี๊ดๆ ที่เท้าและขามักเป็นเวลานาน

3.2 Mononeuropathy (เส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่งเสื่อม)

เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงตา ทำให้เกิดการท้งานของกล้ามเนื้อลูกตาไม่ประสานกัน กลอกตาไม่ได้ในบางทิศ จึงมองเห็นภาพซ้อน พบได้บ่อยมักเป็นชั่วคราวและหายเองใน 2 – 3 วัน หรือเป็นสัปดาห์ ดูแลให้ผู้ป่วยปิดตาข้างหนึ่งจนกว่าการมองเห็นภาพซ้อนจะหายไป

เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหน้า ทำให้ปากเบี้ยว หลับตาไม่สนิทอาหารนี้ส่วนใหญ่มจะดีขึ้นเองภายใน 2 – 12 เดือน

3.3 Autonomic Neuropathy (ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม) ในระบบต่าง ๆ ได้แก่

- 1) ระบบทางเดินอาหาร หลอดอาหารบีบตัวลดลง ไม่สัมพันธ์กับการกลืน ทำให้การกลืนติดขัดคล้ายเจ็บหน้าอก ภาวะอาหารบีบตัวน้อยลงอาหารค้างอยู่ในกระเพาะ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้องมักเกิดก่อนและหลังอาหารเข้า ถ้าไส้เล็กและไส้ใหญ่จะพบอาการท้องเสียและท้องผูก

- 2) ระบบทางเดินปัสสาวะ เส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมทำให้การรู้สึกปวดปัสสาวะเสียไป ปัสสาวะค้างเพราะการบีบตัวของกล้ามเนื้อเสีย ทำให้มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

- 3) ระบบสืบพันธุ์ เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มักเกิดในผู้ป่วยชายที่อายุ 50 ปีขึ้นไป เกิดเร็วกว่าคนทั่วไป 10 – 15 ปี อาจต้องให้ยาขยายหลอดเลือดบริเวณอวัยวะเพศ

การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. การควบคุมเบาหวานให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ HbA1C < 6%

2. การดูแลสุขภาพระบบภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยจะติดเชื้อง่ายเพราะระดับน้ำตาลสูงทำให้เลือดขาวกำจัดเชื้อโรคได้ไม่ดี ความต้านทานโรคน้อยกว่าปกติ แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด หรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดต่อเช่น ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค เชื้อรา

3. การดูแลสุขภาพตา ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี จะเกิดต่อกระจกและการเสื่อมจอร์รับภาพได้เร็ว ผู้ป่วย Type I Diabetse Mellitus ควรตรวจสุขภาพตาหลังเป็นเบาหวาน 5 ปีขึ้นไป ผู้ป่วย Type II Diabetse Mellitus ควรตรวจสุขภาพตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย

4. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อของเหงือกและฟันมากกว่าและรุนแรงกว่าคนปกติ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวทำงานได้ไม่ดี ในทางกลับกันการติดเชื้อของเหงือกและฟันทำให้ควบคุมเบาหวานได้ยากเพราะการติดเชื้อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้นควรตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือน และแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบว่าเบาหวาน

5. การดูแลสุขภาพผิวหนัง มักพบอาการผิวหนังคัน อักเสบ เป็นตุ่มฝีหนองง่าย แผลหายยาก หรือผิวหนังมีรอยนูน/บวมจากการฉีดอินซูลิน ดังนั้นต้องดูแลสุขภาพผิวหนังสม่ำเสมอ โดยตรวจดูผิวหนังทุกวัน ระวังไม่ให้อับชื้นเพราะอาจเกิดเชื้อรา อาบน้ำด้วยสบู่อ่อนทาครีมถ้าผิวหนังไม่แฉะเพราะทำให้เกิดแผล ไม่มีฉีดอินซูลินซ้ำที่เดิมเพราะอาจเกิดรอยนูน/บวม

6. การดูแลสุขภาพเท้า ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าง่ายเนื่องจากการชาของเส้นประสาทส่วนปลายทำให้ไม่รู้สึกรีบปวดและเนื่องจากหลอดเลือดส่วนปลายตีบทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงเกิดเนื้อตายแผลหายยากประกอบกับติดเชื้อง่ายเพราะเม็ดเลือดขาวทำงานได้ไม่ดีและผิวหนังแตกไม่ค่อยมีเหงื่อออกเนื่องจากเส้นประสาทอัตโนมัติเสื่อม การดูแลสุขภาพเท้าทำโดย

6.1 ล้างเท้าให้สะอาดเช็ดให้แห้งทุกวันและถ้าผิวหนังแห้งทาครีมบาง ๆ

6.2 สำรวจเท้าทุกวันว่ามีแผล รอยพองซ้ำ และผิวหนังเปลี่ยนสีหรือไม่

6.3 สวมรองเท้าตลอดเวลา รองเท้าขนาดพอดีทำจากวัสดุที่มีลักษณะนุ่ม ส้นไม่สูง ก่อนใส่ต้องแน่ใจว่าไม่มีสิ่งแปลกปลอมในรองเท้า ถ้าเป็นรองเท้าใหม่ควรใส่เพียงวันละ ½ - 2 ชั่วโมง ในช่วง 3 - 5 วันแรก ควรสวมถุงเท้าด้วยทุกครั้ง

6.4 ไม่ตัดตาปลาหรือจ้ำหูดด้วยตัวเอง

6.5 ควรตัดเล็บตรงเสมอปลายนิ้ว อย่าตัดโค้งเข้าหาจมูกเล็บหรือตัดลึกมากเพราะทำให้เกิดแผลง่าย ควรตัดเล็บหลังอาบเท้าเพราะนุ่มตัดง่าย ไม่ใช่วัตถุแข็งและรอบเล็บ ถ้าตามองไม่เห็นควรให้ควรรให้ผู้อื่นตัดให้

6.6 ถ้าเกิดแผลต้องทำแผลให้สะอาด หลีกเลี่ยงการใช้ยามาเชื้อที่ระคายเคือง เช่น เบต้าดีน ทิงเจอร์ไอโอดีน ไฮโดเจนเปอร์ออกไซด์

7. การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย

7.1 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือในปีสภาวะบ่อยขึ้น อย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง (3 เวลาก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน)

7.2 ไม่ควรงดรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารอ่อน ถ้ารับประทานไม่ได้ ควรดื่มน้ำผลไม้แทน

7.3 การฉีดอินซูลิน ในผู้ป่วย Type I Diabete Mellitus ถ้าน้ำตาลในเลือด >240 mg% หรือในปัสสาวะมากกว่า 3+ ร่วมกับมีสารคีโตนในปัสสาวะ ควรฉีดอินซูลินชนิดฤทธิ์สั้นเพิ่มอีก 20% ฉีดได้ทุก 4 – 6 ชั่วโมง ขึ้นกับผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะ

7.4 อาการที่ควรรีบไปพบแพทย์ได้แก่ อาเจียนตลอดและรับประทานอาหารไม่ได้เลยใน 2 ชั่วโมง ใช้สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด > 400 mg% นานเกิน 12 ชั่วโมง ฉีดอินซูลินชนิดฤทธิ์สั้นเพิ่มอีก 20% เกิน 2 ครั้งใน 24 ชั่วโมงและอาการไม่ดีขึ้น

8. การปฏิบัติตัวเมื่อไปงานเลี้ยง ควรวางแผนการรับประทานอาหารล่วงหน้า ไม่งดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งเพื่อไปเพื่องานนี้ ก่อนรับประทานอาหารเช้าควรดื่มน้ำ 1 แก้วเพื่อให้อิ่มเร็วขึ้น

8.1 งานเลี้ยงที่ออกเทล ควรรับประทานอาหารเช้าว่างไปก่อนเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ งานเลี้ยงที่ออกเทลเป็นอาหารไม่หนัก มักเริ่มเวลา 18.00 – 20.00 น. จึงเลือกรับประทานอาหารเองได้

8.2 งานเลี้ยงบุฟเฟต์ มักมีปัญหาเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพราะสามารถเลือกชนิดและคุมปริมาณอาหารได้

8.3 งานเลี้ยงโต๊ะจีน มักเป็นอาหารที่ทำให้พลังงานสูงและมีเกลือมาก ผู้ป่วยไปงานเลี้ยงประเภทนี้เพราะมีโอกาสรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมได้ง่ายกว่า 2 ประเภทแรก

9. การปฏิบัติตัวเมื่อเดินทาง

9.1 ยารับประทานและหรือยาฉีดอินซูลิน ควรเตรียมไปให้มากเกินพอ ยาฉีดอินซูลินต้องพกในกระเป๋าถือติดตัว

9.2 อุปกรณ์ตรวจเลือดตรวจปัสสาวะควรเตรียมให้พร้อม ควรพกบัตรประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน

9.3 อาหารควรเตรียมของว่างประเภทขนมปังกรอบหรือลูกอมพกติดตัวแจ้งเรื่องอาหารให้สายการบินทราบล่วงหน้า

10. การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย

10.1 รับประทานอาหารสม่ำเสมอตรงเวลา ไม่ออกกำลังกายใกล้มื้ออาหาร

10.2 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดบ่อยขึ้นในช่วงเริ่มออกกำลังกาย หรือช่วงเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย

10.3 หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในช่วงที่อินซูลินออกฤทธิ์สูงสุด คือ 1 ชั่วโมงหลังฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์และ 2.5 ชั่วโมงหลังฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางหรือฤทธิ์ยาว

10.4 รับประทานอาหารเช้าพวกแป้งหรือน้ำตาล ก่อนและหลังออกกำลังกาย ในกรณี que ออกกำลังกายนานเกิน 45 นาที

10.5 รู้จักประเมินอาการที่บ่งถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและวิธีแก้ไข

1.2 โรคเบาหวานในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง แม้จะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่ติดต่อ แต่ก็ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เบาหวานเป็นกลุ่มของโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติในการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin deficiency or insulin resistance) ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (hyperglycemia) ผลก็คือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ ถ้าน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจะเกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น ตา ไต และระบบประสาท

World Health Organization คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2568 จะมีผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 324 ล้านคนทุกประเทศทั่วโลกมีผู้ป่วยและตายด้วยภาวะนี้เพิ่มขึ้นทุกปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา เบาหวานในผู้ใหญ่ มีประมาณร้อยละ 7 หรือมีประมาณ 6 ล้านคนในผู้ใหญ่ (American Diabetes Association, 1995) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2548 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเป็น 165,330 คน คิดเป็นอัตราส่วน 265.82 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากสถิตินี้แสดงให้เห็นว่า เบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในอดีตถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอีกในอนาคต

ในส่วนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบมีอัตราความชุกของโรคเบาหวาน 2.61 % ของประชากร มียอดผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแล 3,024 ราย อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (มากกว่า 120 mg%) ร้อยละ 33.48 พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานร้อยละ 64 จำนวนผู้ป่วยในต่อปีเฉลี่ย 1,060 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี อัตราการควบคุมระดับน้ำตาล อัตราการกลับมารักษาด้วยภาวะความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด 29.48% ผู้ป่วยบางรายกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายหลังจำหน่าย

จากข้อมูลทางสถิติของงานอายุรกรรม ระหว่างเดือนตุลาคม 2549 ถึงเดือน มิถุนายน 2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 9.8 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาแต่ไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาซ้ำ พบว่ามีสาเหตุมาจากการไม่ปฏิบัติตามในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ภาวะเครียด การใช้ยา การป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ โรงพยาบาลต้องสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากในการรักษา

2. การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

2.1 แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ความหมายการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการบริการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ซึ่งถือเป็นบริการที่จำเป็นอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วยและถือเป็นสิ่งประกันคุณภาพการรักษายาบาลที่สมบูรณ์ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (กฤษดา แสงวงดี, ชีรพร สติธรังกูร, และเวรดี ศิรินคร, 2539)

Mckeehan (1981) ได้ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ว่าเป็นกระบวนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพหลายสาขาซึ่งทำงานร่วมกัน เพื่อที่จะอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่อีกสิ่งแวดล้อมหนึ่ง

The American Hospital Association (1984) ได้ให้ความหมายว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการพัฒนาแผนการดูแลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Gikow (1985) ได้ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่า เป็นการพัฒนาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องวัตถุประสงค์ วิธีการปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่าง หน่วยบริการสุขภาพและชุมชน หรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่

Roden and Taft (1990) ได้ให้ความหมายการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องคือเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการนี้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วย กระบวนการวางแผนจำหน่ายจะมีความเหมาะสมในแต่ละการเปลี่ยนแปลงของการดูแล

Lowenstin and Hoff (1994) ได้ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายเป็นการประเมินความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการทำงานร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยให้ข้อมูล และหาแหล่งประโยชน์เพื่อให้ใช้บริการสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Armitage (1995) ได้ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจากสถานที่หรือสถานบริการจากแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย จากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหา

ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย จากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปยังบ้านของผู้ป่วย

McKeehan & Coulton (1985) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการ การของการบริการเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การประเมินผล และการช่วยเหลือ ผู้ป่วยในด้านการเตรียมความพร้อมที่จะไปอยู่โรงพยาบาลแห่งใหม่ บ้าน หรือสถานพักฟื้น การ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยังรวมไปถึงการจัดการแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน การเตรียมความพร้อม ของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (2545: 3) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยหมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง จากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพตัวผู้ป่วยและ ครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาการลงมือปฏิบัติและ การประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่าจากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปความหมายของการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กระบวนการในการกำหนดกิจกรรมด้านสุขภาพให้กับ ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยการจัดให้มีการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลัง การจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การประเมินผล ขณะที่อยู่ผู้ป่วยอยู่ใน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่ เหมาะสม ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ด้วยการร่วมปรึกษากับบุคลากรพยาบาล ประสานงานกับทีมสุขภาพตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย ให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทั้งขณะที่อยู่ โรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อมุ่งให้มีการดูแลต่อเนื่อง และมีคุณภาพฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งที่จะ พิจารณาประโยชน์ของผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Rowland & Rowland, 1992: 502-503; Youssef, 1987: 611-616) และมีคุณภาพเท่าๆ กับการดูแลที่โรงพยาบาล เนื่องจากเตรียมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมี ความรู้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านได้ โดยนำทรัพยากรวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคยและเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติได้แม้กลับไปอยู่ที่บ้าน

พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์ (2531: บทคัดย่อ) ทำการศึกษา เรื่องการศึกษาความรู้คุณค่า และการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพใน

โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพโดยส่วนรวมเห็นว่ากรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีคุณค่ายิ่ง

พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าทีมสุขภาพอื่นๆ จึงจำเป็นที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่า คือ

1. ช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับแผนการจำหน่ายโดยเร็ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น (Smeltzer, 1990: 7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สติลล์ และคณะ (Still, 1997: 498-500) ซึ่งทดลองนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น โดยมีการใช้ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด เพื่อลดจำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ ในระยะเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้น้อยกว่าร้อยละ 25 มีจำนวนการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 51.4 ส่วนผู้ป่วยที่มีแผลไหม้มากกว่าร้อยละ 25 มีจำนวนการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลง ร้อยละ 23.7 เป็นต้น

2. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เร็วขึ้น จากการศึกษาของสุริพร ทองศิริภาพ (2532: 2) ได้สรุปความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวว่าตนเองลดเวลาในการอยู่โรงพยาบาลเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตกับครอบครัวโดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ทำให้ภาวะจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปยังบุคคลอื่น ป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยอื่น รู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนและได้รับความช่วยเหลือที่ต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์นั้น ตลอดจนเพิ่มคุณค่าของชีวิต ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีค่าต่อสังคม นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล เป็นผลให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัวกับพยาบาลดีขึ้น เป็นการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและพัฒนาบทบาทของพยาบาลให้เด่นชัดตลอดจนช่วยเพิ่มอัตราหมุนเวียนเตียงในโรงพยาบาล

3. ป้องกันการกลับเข้ามาเพื่อรับบริการซ้ำ หรือการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (Unnecessary readmission) จากการศึกษาวิจัยของ แฮดคอกค์ (Haddock, 1994: 248-252) เรื่อง การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ระหว่างพยาบาลเฉพาะทาง กับนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับการใช้ระบบข้อมูล วางแผน และปฏิบัติตามการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 10 ซึ่งน้อยกว่า กลุ่มควบคุมที่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามขั้นตอนของโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ถึงร้อยละ 23

4. ช่วยพัฒนาความรู้ของบุคลากร ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งต้องการให้ความรู้ในระหว่างปฏิบัติงานแก่บุคลากร ทำให้บุคลากรมีความรู้พัฒนาไปด้วย

ซึ่งต้องการให้ความรู้ในระหว่างปฏิบัติงานแก่บุคลากร ทำให้บุคลากรมีความรู้พัฒนาไปด้วย (McGinley, 1996: 60)

จะเห็นได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้บริการสุขภาพดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ และเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการโดยส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีดังนี้ (กฤษดา แสงวดี, ชีรพร สติธอังกฤษ และเรวดี ศิรินคร, 2539; วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546; Jupp & Sims, 1986)

1. เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน
2. เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีการส่งต่อ
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้สูงสุดและพึ่งพาตนเองได้ เป็นการพัฒนาศักยภาพการทำกิจกรรมของผู้ป่วย หรือการดูแลโดยญาติ และผู้ดูแล
4. ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น
5. ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่เสนอเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข (กฤษดา แสงวดี และคณะ, 2539: 4-5)

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพหรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดกิจกรรม ให้สอดคล้อง เหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผลสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลัน และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย

6. ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย
8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย
9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ตามความเหมาะสม
10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมพยาบาล และทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

บทบาทหลักของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญในระบบการบริหารการพยาบาลซึ่งเป็นอิสรภาพในการปฏิบัติวิชาชีพ ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแกนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ประสานการบริการสุขภาพ และบันทึกการรายงานอย่างมีระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตามความต้องการอย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีการประเมินผลที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการให้การดูแลทางร่างกายโดยตรง รวมทั้งการแนะแนวสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องให้การประสานงานการดูแลร่วมกัน เป็นการพยาบาลสมบูรณ์แบบ (Comprehensive nursing care) เป็นการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลสูง ใช้ความรู้ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ สามารถวิเคราะห์สถานะวินิจฉัย วางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องให้การดูแลนับตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และยังคงติดตามกับหน่วยสุขภาพอื่นของชุมชน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการปฏิบัติการดูแลตามกฎหมาย และโดยองค์การวิชาชีพ จากการศึกษาของ Lile & Borgeson (1998) ได้ศึกษาความรู้และการรับรู้บทบาท การตอบสนองต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า พยาบาลยังมีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ ตามระดับการศึกษา จึงควรมีการพัฒนาการศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และพัฒนาบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการรวบรวมบทบาทหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประมวลได้ว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การทำให้เกิดมีการปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดกระบวนการระหว่างบุคคลขึ้น โดยพยาบาลทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน อันจะทำให้เกิดความพึงพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจ การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เกิดการยอมรับเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย ความสามารถและหน้าที่ในการปฏิบัติตัวต่อสังคมการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อทางศาสนา

2. การติดต่อสื่อสาร เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความคิดเห็น เพื่อให้ความเข้าใจตรงกัน ทักษะการสื่อสารอย่างเหมาะสม จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุมซึ่งเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การสอน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถ ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย เพื่อช่วยป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อน หรือลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน โดยการสอน การสอนซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงตามกฎหมายและความรับผิดชอบของพยาบาลเพราะเอาใจใส่ต่อการสอนเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

การเตรียมการสอนผู้ป่วย นอกจากต้องเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ต้องรู้เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนลงมือสอน จะได้มีการเตรียมเนื้อหาความรู้ได้เหมาะสม ใช้กระบวนการที่เป็นระบบ การสอนอย่างมีแบบแผน ครอบคลุม ตรงตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งการสอนอย่างมีระบบโดยการใช้กระบวนการพยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1 การประเมินสภาพทั่วไป (assessment) เช่น การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบครัวเพื่อนำมาประเมินความต้องการการเรียนรู้

3.2 การวางแผน ต้องครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการสอน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้สอดคล้องในระยะแรกและระยะต่อไป 2) ลำดับความสำคัญว่าจะสอนเรื่องใดก่อน 3) กำหนดเนื้อหาในลักษณะแผนการสอน 4) เลือกการสอนที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบุคคล 5) กำหนดวิธีประเมินผล

3.3 ดำเนินการสอนโดยพยายามจัดการสอนให้สอดคล้องกับผู้เรียนมากที่สุด โดยมีหลักการสอนและการเรียนรู้ ดังนี้คือ ผู้ป่วยต้องพร้อม ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างแท้จริงให้เรียนจากง่ายไปหายาก มีเกณฑ์การประเมินการฝึก มีการเสริมแรง ปฏิบัติซ้ำบ่อย ๆ

3.4 การประเมินผล นอกจากประเมินผลเป็นระยะ ๆ แล้วยังต้องประเมินผลเพื่อทราบว่าการเรียนการสอนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

สำหรับการสอนญาติผู้ป่วย หลังจากเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล 1 วัน พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิด แล้วขอความร่วมมือเป็นเวลา 3 วัน

วันแรก ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการดูแล โดยสังเกตและช่วยเป็นแบบอย่าง

วันที่ 2 ญาติทดลองลงมือปฏิบัติ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือนิเทศ

วันที่ 3 ญาติทดลองทำเองทั้งหมดภายใต้การนิเทศ ซึ่งขั้นนี้ต้องทดลองต่อไป

อีกระยะหนึ่ง

นอกจากนี้ยังมีคู่มือ รูปภาพ อุปกรณ์ หรือข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลต้องวางแผนประสานงานกับเจ้าหน้าที่ต่างๆ เช่น โภชนาการ นักกายภาพบำบัด

4. การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบการทำงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานทำงานไม่ซ้ำซ้อนเพื่อให้งานดำเนินไปอย่างรวดเร็วสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการประสานงาน ควรมีหลักในการปฏิบัติร่วมกันดังนี้

- 4.1 กำหนดระเบียบ วิธีปฏิบัติร่วมกันเป็นลายลักษณ์อักษร
- 4.2 แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายทราบ และปฏิบัติได้ถูกต้อง
- 4.3 บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา การปฏิบัติงานร่วมกัน ในเรื่องของการประสานงาน

4.4 มีการประเมินผลเพื่อปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการประสานงานเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในแต่ละวัน มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การตรวจเยี่ยมประจำวัน (Daily rounds) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมพยาบาล ผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องประสานงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกันทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ปฏิบัติเพื่อผู้ป่วยแต่ละคน ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการตรวจจากคาร์เด็กซ์ การบันทึกแผนการพยาบาล แผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2. การเยี่ยมชมของทีมนสหสาขาวิชาการ (Multidisciplinary rounds) ร่วมกับแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ซึ่งเป็นการวางแผนเพื่อการประสานงานให้มีการหาอุปกรณ์ทรัพยากรที่จำเป็นเมื่อกลับบ้าน ผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องเสนอประวัติ สภาพความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือครอบครัว

3. ให้ข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นเกี่ยวกับงานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาล สอนบุคลากรใหม่ ในการปฐมนิเทศ คู่มือการตรวจเยี่ยม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับแผนการจำหน่ายและสอนการปฏิบัติ

4. ประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อการส่งต่อกลับบ้าน โดยมีผู้ช่วยดูแลที่บ้าน (Home health care program) การดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาในโรงพยาบาล (after care program) การติดตามตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient follow up) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยกลางวัน (Day care center) สถานบริการพักฟื้น สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (Long term convalescent หรือ Nursing home care) เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสำคัญมาก เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และพูดคุยกับครอบครัว สามารถสังเกตและรวบรวม

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังที่ Clausen (1984: 58-61) กล่าวว่า ความสำเร็จในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาล คือ ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดสามารถสังเกตและรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้ครอบคลุมตรงปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการรวบรวมข้อมูลควรจะเริ่มตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย และตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การประเมินสภาวะ สุขภาพและการวางแผนการพยาบาลจะดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

รูปแบบของการวางแผนจำหน่าย

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยเท่าที่ปฏิบัติอยู่ ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังเป็นในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง ไม่มีการประเมิน หรือวินิจฉัยปัญหาเฉพาะรายก่อนการวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความจำกัดในการปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ ยังไม่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ความตระหนักถึงปัญหาในความต่อเนื่องของการดูแล คุณภาพการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย และมาตรฐานบริการของโรงพยาบาล ทำให้การปรับปรุงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เริ่มเป็นเป้าหมายหนึ่งในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ในปัจจุบัน ได้มีผู้คิดค้นหาวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการ ซึ่งรูปแบบเหล่านี้ มีทั้งความคล้ายคลึง และความแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

รูปแบบ A Professional-patient Partnership Model of Discharge planning

รูปแบบนี้เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่าย และผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย จากการศึกษาของ Bull and Other (2003) พบว่า จากการใช้รูปแบบนี้ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้ดีกว่า ข้อมูลที่ได้รับมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเชื่อมั่นว่าตนเองอยู่ในสภาวะที่มีสุขภาพดีมากกว่า และใช้ระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำสั้นกว่า

รูปแบบ The Partners-in-care Model of Collaborative Practice

รูปแบบนี้มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (Nurse Case Manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการเยี่ยมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลและที่บ้าน การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยหวังผลในการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น

รูปแบบ Structured Discharge Procedure

รูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืดโดยมีการจัดทำ “The Structured Discharge Package” ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ในการวางแผนจำหน่าย
2. การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
3. แผนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย
4. การอบรมระยะสั้น ๆ เกี่ยวกับการรับประทานยา Oral steroids
5. สมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning

รูปแบบนี้พัฒนาขึ้นโดย Judith Rorden and Elizabeth Taft (1990) โดยมีลำดับขั้นดังนี้

1. Step A: Assessment เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เป็นต่อการวางแผนจำหน่ายเพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย
2. Step B: Building a Plan การสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่มีผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับ และเป้าหมายของความต้องการ
3. Step C: Confirming the Plan การยืนยันแผนการจำหน่าย กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มีการประเมินจุดแข็งแหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย เพื่อพัฒนาแผนต่อไป

รอร์เด็น และทราฟ (Rorden & Taft, 1990, pp. 239-240) ได้ออกแบบเตรียมและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนพื้นฐาน 3 ขั้นตอน หรือเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายว่า กระบวนการ A- B - C ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูล (Assessment) จะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วยเป็นการคัดกรอง การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลและการแพทย์ เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการดูแลผู้ป่วย
2. การสร้างแผนการจำหน่าย (Building a plan) ที่เป็นผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแล หรือเป้าหมายของการปฏิบัติตามการตัดสินใจ
3. การยืนยันแผนการจำหน่าย (Confirming the plan) เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการเตรียมให้อยู่ในระยะการดูแลที่ต่อเนื่องและการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งการประเมินผลในจุดแข็งที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วย แหล่งทรัพยากร ความสมดุลระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย

ขั้นตอนทั้งสาม มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ Mckeehan & Coulton (1985 cited in Jackson, 1994: 492-502) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (Assessment) มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว แหล่งประโยชน์ และชุมชนตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

1.1 สิ่งที่ต้องประเมินไว้ ได้แก่ 1) ประเมินความเสี่ยง 2) ประเมินร่างกายและจิตสังคม 3) ประเมินถึงการรักษา 4) ประเมินด้านเศรษฐกิจ และ 5) ประเมินสิ่งแวดล้อม

1.2 เวลาที่ต้องประเมิน โดยใช้เวลาน้อยที่สุด เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแหล่งประโยชน์ การรักษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3 ผู้ประเมิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย

2. การวางแผน (Planning) พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพยาบาล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นตามสภาพผู้ป่วยในแต่ละราย การวางแผนที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ พยาบาลต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

3. การปฏิบัติ (Implementation) การปฏิบัติที่ดีควรมีความเชื่อมโยงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน

นอกจากนี้กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกเป็น 5 ขั้นตอน (กฤษดา แสงวดี และคณะ, 2539: 9) ดังนี้

1. การประเมินปัญหา เป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือ หรือความต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่าย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น การฟัง การสังเกต เป็นต้น ในขั้นตอนนี้ควรเริ่มประเมินตั้งแต่แรกรับ จึงจะสามารถประเมินอย่างต่อเนื่องได้ โดยกระทำควบคู่กันในขณะให้การพยาบาล ซึ่งประเด็นสำคัญที่พยาบาลจะต้องประเมิน มีดังนี้

1.1 สภาพร่างกาย จิตใจ และความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วยขณะนี้เป็นอย่างไรรหากผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาอะไรเหลืออยู่บ้าง หรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดข้อจำกัดอะไรบ้างต่อการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต

1.2 ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ ระดับความรู้สึกรับรู้ และการรับรู้ ความทนต่อสิ่งรบกวนต่างๆ โดยเฉพาะอาการของโรค แบบแผนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการรักษา ความพร้อม และแรงจูงใจที่จะเรียนรู้หรือพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เป็นต้น

1.3 แหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย ได้แก่ ประเมินว่าผู้ป่วยควรจะได้รับความช่วยเหลือจากใคร หรือหน่วยงานใดบ้างชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อนามัย หรือโรงพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่ให้บริการด้านสุขภาพ ประเมินครอบครัวผู้ป่วยเพื่อหาผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายหลังการจำหน่าย เพื่อวางแผนฝึกฝนให้ตรงตามความเหมาะสมของแต่ละคน อย่างไรก็ตามบางครอบครัวอาจไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยเลย จึงจำเป็นต้องส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถานพักฟื้นหรือสถานดูแล เวลากลางวัน เป็นระยะเวลาหนึ่งจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถพึ่งพาตนเองหรือชุมชนได้

2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่าย เป็นขั้นตอนที่คาบเกี่ยวกับขั้นตอนสุดท้ายของการประเมินปัญหาผู้ป่วย ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ แผลผล และสรุปข้อมูลที่รวบรวมมาได้ โดยจะต้องพิจารณาในเบื้องต้นก่อนว่า ข้อมูลที่ได้มานั้นเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ ถ้ายังไม่เพียงพอก็ต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งสามารถกระทำได้พร้อมๆ กับการพยาบาลในแต่ละวัน ต่อจากนั้นจึงใช้ความรู้ประสบการณ์ และทักษะทางการพยาบาลในการพิจารณาว่าข้อมูลแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กันอย่างไรสามารถบ่งชี้ว่าเป็นความปกติหรือผิดปกติของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยนี้ พยาบาลต้องคำนึงถึงว่า ผู้ป่วยต้องการการพยาบาลหรือไม่ โดยมองที่ปัญหา แหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยปลดครอบครัวในอนาคต เพราะการที่ผู้ป่วยมีปัญหาไม่ได้หมายความว่า ต้องการพยาบาลเสมอไป เนื่องจากเขาอาจจัดการกับปัญหานั้นได้เอง และมีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้น ในการตัดสินใจวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยว่ายังคงเหลืออะไรอยู่บ้าง จะต้องการการพยาบาลหรือไม่เพียงใด จึงเป็นเรื่องที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถเชิงวิชาชีพ ในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อจำหน่ายผู้ป่วย มักจะเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย คือ การกลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด และการเตรียมตัวเพื่อจำหน่าย

การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย

1. วินิจฉัยตามปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว เช่น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ ตัวอย่าง ข้อวินิจฉัยในประเด็นนี้ ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากขาดความสามารถในการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น

2. วินิจฉัยตามการคาดการณ์ล่วงหน้า เกี่ยวกับความต้องการดูแลที่บ้าน ภายหลังจำหน่าย ซึ่งความต้องการนี้แบ่งได้หลายระดับ ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบางราย ต้องการได้รับการฝึกฝนให้เกิดทักษะในการปฏิบัติเทคนิคเฉพาะก่อนการจำหน่าย

เช่น การให้อาหารทางสายยาง การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง การดูแล colostomy การฉีดอินซูลิน หรือการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะต้องวางแผนการฝึกทักษะอย่างเป็นขั้นตอน ในเวลาที่เหมาะสมก่อนจำหน่าย หรือผู้ป่วย/ดูแลผู้ป่วยบางราย อาจต้องการเพียงคำแนะนำอย่างละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามการรักษาภายหลังการจำหน่าย โดยไม่ต้องฝึกฝนทักษะพิเศษ ซึ่งพยาบาลต้องวางแผนการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา หรือจัดให้สนทนากับผู้ป่วยอื่น ที่มีปัญหาคล้ายกันอย่างเป็นขั้นตอน เช่นเดียวกัน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลในประเด็น ได้แก่

2.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากปฏิบัติตนตามแผนการรักษาไม่ถูกต้อง หรือ

2.2 อาจมีความบกพร่องในการจัดการเพื่อสุขภาพตนเองที่บ้าน เป็นต้น

3. การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินและวินิจฉัยปัญหา โดยการนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผน ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี ควรเป็นการร่วมกันกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวิธีประเมินผล รวมทั้งเนื้อหาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละคนและปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา ตามความเหมาะสม

รายละเอียดในแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะมีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่อย่างไรก็ตามเนื้อหาในแผนการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น ควรประกอบด้วยประเด็นหลัก ๆ ที่จะใช้ในการสอนหรือการพัฒนาความสามารถด้านต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย และเป็นสิ่งจำเป็น ที่ผู้ป่วยเรียนรู้ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่ง กฤษดา แสงศิริ และคณะ (2539: 14-15) ได้เสนอแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกพัฒนาเป็นรูปแบบชัดเจนและเป็นวิธีการที่ช่วยลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ คือ กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D มีรายละเอียดดังนี้

M ย่อมาจาก Medication ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับใช้ยาด้วย

E ย่อมาจาก Environment & Economic ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนรวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่ เป็นต้น

T ย่อมาจาก Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

H ย่อมาจาก Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

O ย่อมาจาก Outpatient referral ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลาและสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้ outpatient referral ยังหมายถึง การส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องผู้ไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

D ย่อมาจาก Diet ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในที่นี้หมายถึง สารเสพติดต่าง ๆ ด้วย

สรุปรูปแบบ **M-E-T-H-O-D** นี้จะเป็นแนวทางกลางๆ ในการที่จะใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายและเป็นสาระของการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายซึ่งรายละเอียดในแต่ละเรื่องจะแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ก็สามารถถือเป็นแบบแผนที่อาจจะทำขึ้นเป็นแผนการจำหน่าย หรือแบบแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

4. การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ในการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายนั้น บุคลากรทุกคนในทีมการพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติตามแผน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้วางแผน ซึ่งจะต้องเป็นผู้สื่อสารดังกล่าวให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอย่างไร มอบหมายให้ใครทำอะไรบ้าง ทำเมื่อใด และควรใช้เทคนิค หรือวิธีการอะไรเป็นพิเศษหรือไม่ การสื่อสารจะต้องมีทั้งการสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษรและวาจา

การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนจะต้องประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งการส่งต่อการพยาบาลตามแผนเพื่อให้สมาชิกทีมสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง วิธีปฏิบัตินั้นประกอบด้วย

4.1 การให้ความช่วยเหลือ กระทำให้หรือกระทำแทน
4.2 การกระตุ้น สนับสนุน สร้างแรงจูงใจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง

4.3 การสอน

4.4 การให้คำปรึกษา

4.5 การส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่น ๆ และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น

อย่างไรก็ตามพื้นฐานที่สำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว คือ สัมพันธภาพที่อบอุ่น และความไว้วางใจระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งล้วนมีปัญหาที่ซับซ้อน

ทั้งกาย จิต และสังคม พยาบาลจะต้องใช้ความสามารถในการวินิจฉัยความซับซ้อนของปัญหา ดังกล่าว และตัดสินใจเลือกกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมในแต่ละระยะ

5. การประเมินพยาบาลวิชาชีพต้องร่วมกับผู้ป่วย/ผู้ดูแลประเมินผลตามเกณฑ์ในแต่ละ เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ทั้งการประเมินผลระยะสั้นและระยะยาว การประเมินสามารถทำได้โดย การตรวจร่างกาย การสังเกต การปฏิบัติ การสอบถาม พูดคุย และตัดสินใจว่าพฤติกรรมหรือการเรียนรู้ หรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจต้องวางแผนใหม่หรือต้องประเมินปัญหา วินิจฉัยใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติใหม่

ในทางปฏิบัติการประเมินผล จะทำควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละเรื่อง เช่น สอนแล้วผู้ป่วยเข้าใจ อธิบายได้หรือไม่ กระทำตามได้ถูกต้องหรือไม่ รวมทั้งการประเมินเมื่อสิ้นสุด กระบวนการ เช่น เมื่อผ่านโปรแกรมการการนิยด้วยตนเองแล้ว ควรมีการติดตามว่าเมื่อผู้ป่วย กลับบ้านไปแล้วจะยังคงปฏิบัติได้ถูกต้องเช่นเมื่ออยู่โรงพยาบาลหรือไม่ ซึ่งโดยทั่วไปการพัฒนา ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย สามารถจำแนกตามระดับของการพัฒนาได้ดังนี้

1. ยังไม่พัฒนา อาจพบได้ในระยะแรกที่เจ็บป่วยหรือผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกายการ รู้จักคิดและภาวะจิตสังคม จนไม่สามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้

2. กำลังพัฒนา มีการเรียนรู้เพื่อตอบสนองความต้องการ แต่จำเป็นต้องประเมินความ เพียงพอในการดูแลตนเอง เช่น ทำได้หรือไม่ไม่ มีความสม่ำเสมอในการกระทำ มากน้อยเพียงใด

3. พัฒนาแล้วแต่ยังไม่คงที่ จำเป็นจะต้องพัฒนาต่อไป อยู่ในกระบวนการพัฒนาการ หรือจำเป็นต้องพัฒนาใหม่

4. พัฒนาการมาดีแล้ว และคงที่ แต่ยังคงมีความจำเป็นในหากพัฒนาต่อไป

5. พัฒนาการมาดีแต่มีการถดถอยลงอาจเกิดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการเจ็บป่วย

จากการพัฒนาการแต่ละระยะดังกล่าวจะเห็นว่า นอกจากพยาบาลจะต้องประเมิน ความก้าวหน้าของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องประเมินค้นหา อุปสรรคของการพัฒนาความสามารถดังกล่าวด้วย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคนี้อาจเป็นไปได้ทั้ง

1. ปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคขึ้นมาอีก ระหว่างการดูแล ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลงหรือเกิดปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นกับผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในบางช่วงเวลา

2. ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความท้อแท้ ความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ หรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน กล่าวคือ สิ่งแวดล้อมอาจไม่เอื้ออำนวยให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ขาดอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็น ขาดโอกาสที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือความคับข้องใจกับแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และการไม่ได้รับความสะดวกเนื่องจากระเบียบการเยี่ยมของญาติ

ดังนั้นการประเมินผล จึงเป็นการประเมินทั้งความก้าวหน้า และประเมินอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับปรุงแผน ปรับปรุงการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมมากที่สุดก่อนจำหน่าย ตลอดจนการประเมินผลนี้ ต้องสามารถตัดสินใจแนกประเภทของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายให้ได้ว่ายังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านระดับใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งต่อ และเป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โดยสรุปคือ กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีขั้นตอนต่างๆ ซึ่งครอบคลุม ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายออกโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้ยึดหลักกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยผสมผสานขั้นตอนของ Mckeehan & Coulton (1985) และรูปแบบ M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al. (1986) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย และการประเมินผล

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังกล่าว สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมิน (Assessment) มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว แหล่งประโยชน์และชุมชนตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในโรงพยาบาลโดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

1.1 สิ่งที่ต้องประเมินไว้ ได้แก่ 1) ประเมินความเสี่ยง 2) ประเมินร่างกายและจิตสังคม 3) ประเมินถึงการรักษา 4) ประเมินด้านเศรษฐกิจ และ 5) ประเมินสิ่งแวดล้อม การสร้างแบบประเมินนั้นใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วย เวลาที่ต้องประเมิน โดยใช้เวลาน้อยที่สุด เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแหล่งประโยชน์ การรักษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.2 ผู้ประเมิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย

2. การวางแผน (Planning) พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพยาบาลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นตามสภาพผู้ป่วยในแต่ละราย การวางแผนที่มีประสิทธิภาพต้องมีการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการติดต่อสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

3. การปฏิบัติ (Implementation) การปฏิบัติที่ดีควรมีความเชื่อมโยงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

องค์ประกอบของการวางแผนการจำหน่าย (กฤษดา แสงวงดี, ชีรพร สติธอังกูร และเรวดี ศิรินคร, 2539; สุทธิดา ไตรวงศ์ชัย และศรีัญญา เบญจกุล, 2541) ประกอบด้วย

1. ทีมสหวิทยาการ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงการประสานงานหรือทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะทำหน้าที่ประชุมปรึกษาหารือกันเพื่อวางแผนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และรวดเร็ว ทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับบ้าน ตลอดจนกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม และไม่กลับเป็นซ้ำอีก (Pichitpornchai, 2000) โดยทั่วไปจำนวนสมาชิกในทีมสุขภาพที่จะวางแผนจำหน่ายไม่แน่นอนจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ (ยูวดี เกตุสัมพันธ์, 2546; กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547)

2. ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล การกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของทีมสหวิทยาการ ควรมีผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเสมอภายใต้สัมพันธภาพที่ดี มีการนำขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย

3. กำหนดคู่มือแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นสื่อกลางในการปฏิบัติ และมีการส่งต่อการดูแล (Referral System) มีกระบวนการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงการดูแลที่บ้าน หรือการดูแลภายหลังจำหน่าย

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่เสนอเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข (กฤษดา แสงวงดี และคณะ, 2539: 4-5)

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพหรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดกิจกรรม ให้สอดคล้อง เหมาะสม

3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

4. ผลผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยาที่บ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

5. บริหารจัดการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลัน และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย

6. ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม ตลอดเวลาก่อนจำหน่าย

8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ตามความเหมาะสม

10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมพยาบาล และทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

2.2 แนวคิดการติดตามทางโทรศัพท์

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการสื่อสารโทรคมนาคมมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ประหยัดเวลาในการเดินทางและค่าใช้จ่ายได้มาก โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว เดิมหน้าที่หลักของโทรศัพท์ใช้ในการติดต่อด้านธุรกิจ (อรนุช คล่องเชิงสร, 2528) ปัจจุบันหน้าที่ของโทรศัพท์ได้ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งบริการทางด้านสาธารณสุข เช่น บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น ในผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Garland, 1992) นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล (Hash, Donlea, & Walljasper, 1985) ติดตามผลการวางแผนก่อนจำหน่าย (North, Meeusen, & Hollinsworth, 1991; Cave, 1989) ให้การปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลตนเอง การติดตามทางจิตที่อยู่ในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hunter, 2000) การติดตามดูแลเด็กที่คลอดก่อนกำหนด (Elliott & Reimer, 1998) เชื่อมผู้ป่วยที่บ้านในโครงการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านการทำจิตบำบัดรายบุคคล (Melton & Smoyak, 1992)

Brennan (1999) กล่าวว่า พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในกลุ่มผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจ และนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ มาพัฒนาใช้ในการปฏิบัติตามวิชาชีพ ซึ่งปัจจุบันมีระบบหนึ่งที่กำลังได้รับการพัฒนาและขยายตัวอย่างรวดเร็วในการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการดูแลสุขภาพ นั่นก็คือ กาดรพยาบาลทางไกล (Telenursing) ซึ่งจะเชื่อมต่อระหว่างพยาบาลและผู้ให้การดูแลในชุมชน โดยผ่านสื่อหลากหลายต่าง ๆ เหล่านี้ เช่น โทรศัพท์ (Telephone) โทรสาร (Facsimile) โทรศัพท์มือถือ (Cellular Phone), Video Phone, คอมพิวเตอร์ (Computer)

การประชุมทางไกล (Teleconferencing), Video Conferencing และโทรทัศน์ (Interactive Television)

ระบบบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยเฉพาะโทรทัศน์นับเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลในการสร้างสรรค์งานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากเป็นระบบที่ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว นอกจากนี้ยังช่วยให้การขยายขอบเขตการติดตามอาการ การประเมินสภาพและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการไปเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข (Kinsella, 2000) นอกจากนั้นการติดตามทางโทรทัศน์ยังช่วยเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เนื่องมาจากการเตรียมผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านนั้น เป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้น ๆ ในรูปแบบการสอนเป็นกลุ่ม หรือรายบุคคลที่ไปตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งเนื้อหาที่จำเป็นอาจจะไม่ครอบคลุม (พรทิพย์ ชรรวมวงศ์, 2541) นอกจากนั้นการสอนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้หมดภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องมาจากผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้น เวลาในการสอนถูกจำกัด จึงทำให้ข้อมูลที่เป็นจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวถูกจำกัดไปด้วย (Buls, 1995) และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนั้นจะมีความวิตกกังวลจากการได้รับข้อมูลใหม่มากเกินไป

ความหมายของการติดตามทางโทรทัศน์

Shu, Mermina, & Nystrom (1996) กล่าวว่า การติดตามทางโทรทัศน์ เป็นการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

Elliott & Reimer (1998) กล่าวว่า เป็นการช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกภายหลังจำหน่าย

Hunter (2000) กล่าวว่า เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Lamigan, 2000; Cave (1989) ให้ความเห็นว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรทัศน์ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนในการรักษา การนัดหมาย การบริการและให้ความมั่นใจ รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากจำหน่าย

Rice (2000) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรทัศน์ว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินผลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการให้การปรึกษาและประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการวิจัยครั้งนี้การติดตามทางโทรทัศน์ หมายถึง การสอน และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรค อธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนและการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจ ตามนัด โดยให้การโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งให้การโทรศัพท์นี้ทำ การประเมินผลการพยาบาล เพื่อติดตามว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามถูกต้องตามแผนการจำหน่าย นอกจากนี้ บริการที่ให้อย่างครอบคลุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล ซึ่งผู้ป่วยสามารถติดต่อกลับมายัง หอผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์การติดตามทางโทรศัพท์

1. เพื่อให้งานการพยาบาลดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล
3. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากร
4. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
5. สร้างความสบายใจและความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีการและระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์

Elliott & Reimer (1998) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อน กำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประจักษ์ประจักษ์ใจมารดาและ ประเมินสุขภาพทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด 20 คน ใช้ โทรศัพท์ติดตามมารดาภายใน 1-7 วันแรกหลังจากจำหน่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทาง โทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที เฉลี่ย 15 นาที จากนั้นประเมินความต้องการและการตอบสนองของ มารดาก่อนว่า จะต้องมีการติดตามอีกหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยประจักษ์ประจักษ์ด้าน จิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก

Cave (1989) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และมีปัญหา ชับซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้โทรศัพท์ติดตามระยะเวลา 6 เดือนกลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต และตัดเต้านม จำนวน 116 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน แผนการรักษา การติดตามเรื่องยาและอาการข้างเคียง การดูแลตนเองและการนัดหมายมาตรวจตาม นัด ผลการศึกษาพบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และประจักษ์ประจักษ์ด้าน จิตใจ

Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์มือถือประจักษ์ประจักษ์ใจในผู้ป่วยที่มีอาการทาง จิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่ม ทดลอง 10 คน ใช้โทรศัพท์ในการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่านั้น ถ้ามีข้อบ่งชี้ ระยะเวลาในการโทรศัพท์ 1 ชั่วโมง หรือมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการติดตามเพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา กระตุ้น ชักจูง ชี้แนะในพฤติกรรม ให้แรงเสริมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองไม่ได้เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลนี้ซ้ำเลยตลอดระยะเวลาที่ทดลอง 60 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล จำนวน 8 คน

Mcintosh & Worley (1994) ศึกษาการติดตามและการดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 127 คน โดยติดตามภายใน 72 ชั่วโมง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามซ้ำ ภายใน 2-3 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลที่ต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็น ซ้ำ จากการติดตามภายใน 15 เดือน ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ คิดเป็น ร้อยละ 12

North, Meeusen, & Hllinsworth (1991) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามประเมินผลของ การวางแผนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากศูนย์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 62 คน โดยติดตามเรื่องการใช้จ่ายและประเมินอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาในการติดตาม 10-14 วัน หลังจากจำหน่ายผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 92 ผู้ป่วยมีความพึง พอใจในการติดตามทางโทรศัพท์และการวางแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะการ ติดตามเรื่องยา และอาหาร

Shu, Mermina, & Nystrom (1996) ศึกษาโปรแกรมการใช้โทรศัพท์ในการสร้างความ มั่นใจในผู้สูงอายุหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าโปรแกรมนี้สามารถ กระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ และสามารถ คัดกรองผู้สูงอายุที่มี ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้การรักษายาบาลเบื้องต้น และการส่งต่ออย่างเหมาะสม แสดงให้ เห็นว่าการติดตามทางโทรศัพท์ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยอื่น

จากงานวิจัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่าวิธีในการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีอาการ ทางจิตมักจะติดตามดูแลภายใน 3 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการติดตามดูแล ซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามดูแลนาน 1-15 เดือน ระยะเวลาในการติดตามดูแล แต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางกายมักจะ ติดตามดูแลภายใน 1-7 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการติดตามดูแลซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามดูแลนาน 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ระยะเวลาในการติดตามดูแลแต่ละ ครั้งประมาณ 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในการศึกษาครั้งนี้การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์จะ ให้บริการเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 วันและ 7 วัน ระยะเวลาในการให้บริการแต่ละ ครั้งประมาณ 15-20 นาที

การสร้างกระบวนการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์อย่างมีประสิทธิภาพ

ในกระบวนการติดต่อสื่อสารไปยังบุคคลที่กำลังต้องการความช่วยเหลือ จะต้องแสดง ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการแสดงความเห็นอกเห็นใจคือ เพื่อให้การสื่อสารไปยัง ผู้ใช้บริการหรือบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ ได้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับตัวเอง

และสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ตลอดจนสามารถมองเห็นและเข้าใจบุคคลอื่นด้วย ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะต้องแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดโดย (อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กรินชัย (2538, หน้า 144)

1. มีความตั้งใจจดจ่อกับการแสดงออกทั้งหมดของผู้รับบริการ ทั้งโดยการใช้คำพูด และโดยการใช้คำพูด (Verbal & Nonverbal Expression) เช่น เสียงแสดงความตื่นเต้นหรือไม่พูด เป็นต้น นั่นคือการมีสมาธิในการฟังนั่นเอง
2. จดจ่ออยู่กับการโต้ตอบแลกเปลี่ยนถ้อยคำกับผู้รับบริการ ซึ่งนับเป็นพื้นฐานของการสื่อสารที่ละเอียดอ่อนในอันที่จะเป็นสะพานไปสู่ความเชื่อมั่น และไว้วางใจของผู้รับบริการ
3. ใช้ภาษาโต้ตอบที่เหมาะสมมากที่สุดสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน
4. รักษาระดับน้ำเสียงให้เรียบเสมอ และสอดใส่ความรู้สึกที่คล้ายคลึงกับผู้รับบริการ
5. โต้ตอบ และตอบรับคำพูดของผู้รับบริการตามความเหมาะสม
6. จะต้องสำรวจความคิด จดจ่ออยู่กับสิ่งที่ผู้รับบริการยังไม่ได้ระบายออกมา นั่นคือพิจารณาส่วนคำพูดหรือข้อมูลที่ขาดหายไป หรือถูกซ่อนเร้นเอาไว้
7. ประเมินความเชื่อมั่น และไว้วางใจ ความเป็นกันเองระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการว่ามั่นคงในระดับหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้บริการก้าวไปสู่การติดต่อสื่อสารที่เข้าถึงกันได้ดียิ่งขึ้น
8. ใช้พฤติกรรมหรือคำพูดของผู้รับบริการในอันที่จะประเมินถึงผลประโยชน์อันแท้จริงที่ผู้รับบริการควรได้รับจากการบริการ

การติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Elliott & Reimer (1998) ซึ่งศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประจักษ์ประคองจิตใจมารดาและประเมินสุขภาพทารก ใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาภายใน 1-7 วันแรกหลังจากจำหน่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที เฉลี่ย 15 นาที จากนั้นประเมินความต้องการและการตอบสนองของมารดาก่อนว่า จะต้องมีการติดตามอีกหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยประจักษ์ประคองด้านจิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก และผสมผสานกับรูปแบบของ North, Meeusen, & Hillinsworth (1991) ซึ่งศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามประเมินผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากศูนย์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยติดตามเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และประเมินอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาในการติดตาม 10-14 วัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามทางโทรศัพท์และการวางแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะการติดตามเรื่องยา และอาหาร อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง คิดเป็นร้อยละ 4.75

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการการติดตามทางโทรศัพท์ จะให้บริการเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 วันและ 7 วัน ระยะเวลาในการให้บริการแต่ละครั้งประมาณ 15-20

นาที่ ติดตามประเมินผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ในด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่อง อาหาร ยา การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การมาตรวจตามนัด อัตราการกลับมารักษาซ้ำ

3. การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 ความหมายของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

โรคเบาหวานเป็น โรคเรื้อรัง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ให้บริการในลักษณะองค์รวม การวางแผนการจำหน่ายอย่างเหมาะสมและมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ถ้ามีพฤติกรรมดูแลที่ไม่ถูกต้อง การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำนั้นมีความหมายดังนี้

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admitted) หมายถึง การกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott, 1986: 1227) การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เป็นการที่บุคคลป่วยซ้ำ จนถึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดโรคอีก ซึ่งหมายถึงบุคคลนั้นมีอาการเลวลง จนกระทั่งแพทย์ต้องรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้ง (ดวงตา อุทุมพุกฤษ, 2533)

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีลักษณะที่ชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล (O' Conner, 2000) การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวาน กลับมาป่วยซ้ำด้วยภาวะความผิดปกติของระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้นแล้ว และมีอาการอีกจนถึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลภายใน 28 วันหลังจำหน่ายตามข้อกำหนดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Indicators, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ประเมินได้โดยการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน และการติดตามประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (Standards and Good governance) การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรมีความสมบูรณ์และรักษาพยาบาลในลักษณะองค์รวม การที่ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยอีกโดยมิได้นัดไว้ก่อนสะท้อนถึงความไม่สมบูรณ์ ความผิดพลาดหรือปัญหาของการรักษา พยาบาลในครั้งก่อนได้หรือขาดการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ประเมินได้โดยการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน และการติดตามประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน

การเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องการด้วยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ (อริวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544)

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Organismic factor หรือ nature) การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ สุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (จารุวรรณ ต่อสกุล, 2524 อ้างใน รุจิรา จงสกุล, สิทธิ เปาโรหิตย์, วรรณภา แห้วคิ,เพ็ญศิริ สมใจ และวัชนี หัตถพนม, 2540) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้อง เหมาะสม การร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว มีความขัดแย้งระหว่างแนวทางการรักษากับความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย การปฏิเสธการเจ็บป่วยปัญหาการเงิน รวมถึงการเดินทางมารับยา (Schultz & Videbeck, 1994) สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพไม่ดี ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Chen, 1991)

2. ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม (Environmental factor หรือ nature) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านชีวกายภาพ (Biophysical) ได้แก่ อาหารและน้ำ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การติดเชื่อการเจ็บป่วย และ ด้านจิตสังคม (Psychosocial) ได้แก่ ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ลักษณะครอบครัว เศรษฐฐานะ วัฒนธรรมตลอดจนระบบสาธารณสุขโลก

3. ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ส่วนหนึ่งมาจาก ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การควบคุมอาหาร และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพไม่ดี (Schultz & Videbeck, 1994) ทั้งสองสาเหตุนี้มีความเกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพโดยตรง เพราะบทบาทของทีมสุขภาพจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษา

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานมีหลายปัจจัยด้วยกัน และปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากความไม่รู้การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง พฤติกรรม และการขาดความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเช่นการใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อเป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ความช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหากที่อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกภายหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะ และพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ในระยะกลับสู่ชุมชน เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคม ชุมชนนั้นได้ มีการติดตามดูแลด้านสุขภาพร่างกายและการรักษา การหาสิ่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการ

กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ สามารถลดการการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลงได้ Videbeck (2001: 317 อ้างใน เพชร คันธสายบัว, 2544)

3.3 การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ

การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ขึ้นตอนหรือแนวทางการปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพแต่ละสาขา มีการสังเกตและรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้ครอบคลุมตรงปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการรวบรวมข้อมูลควรจะเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การประเมินสภาวะ สุขภาพและการวางแผนการพยาบาลจะดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา กำหนดแบบฟอร์มประเมินผลหรือระยะเวลาติดตามประเมินผล มีกระบวนการที่ชัดเจนตามรูปแบบ METHOD ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษา สามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลงได้ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำควรให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ตรงกัน เนื่องจากการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา มีปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามากระตุ้น ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว จึงต้องมีแนวทางในการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถป้องกันได้ (Marvin & Stephen, 2002) อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถให้การดูแลป้องกันได้ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำได้ (Sadock and Sadock, 2000: 1197)

2. การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับแนะนำให้เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3. ให้การติดตามการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การสังเกตอาการผิดปกติโดยให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ

4. จัดทำกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม การป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำควรทำไปพร้อมกับการรักษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็น

การปฏิบัติที่ซับซ้อน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติ และตัดสินใจในวิธีการดูแล
สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน

5. เตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคม ชุมชนนั้นได้เมื่อ
ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม มีการติดตามดูแลด้านสุขภาพร่างกาย
และการรักษา การ เช่น การใช้โทรศัพท์ติดตาม หาล้างสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วย
การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ สามารถลดการกลับเข้ารับการ
รักษาซ้ำลงได้ Videbeck (2001: 317 อ้างใน เพชร คันธสายบัว, 2544)

6. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน มีการประเมินติดตามการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อ
ประเมินว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตนได้ และเมื่อผู้ป่วย
กลับบ้านสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกับที่พยาบาลได้สอนไว้หรือไม่ ซึ่งประเมินโดยการ โทรศัพท์
ติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการพยาบาล

ความหมายความพึงพอใจ พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2530) ให้ความหมายว่า
ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ เหมาะ ส่วนพจนานุกรมทางจิตวิทยาได้ให้ความหมาย
ของความพึงพอใจว่า คือสภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย
ใดๆ ก็ได้ หรือคือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จโดยแรงกระตุ้น
ของวัตถุประสงค์ของความรู้สึก ตรงกับภาษาอังกฤษที่ว่า “Satisfy” มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน
ว่า “Satis” ซึ่งหมายถึง ความเพียงพอ (enough) และคำว่า Satisfaction หมายถึง ความยินดี ความสุข
สบายความอิ่มใจ ความภูมิใจ การสมปรารถนา ความพอใจ ความสำราญใจ

4.1 ความหมายของความพึงพอใจผู้ใช้บริการ

Risser (1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล หมายถึง เจตคติที่สะท้อนถึง
ระดับความสอดคล้องกัน ในเรื่องความคาดหวังของผู้ใช้บริการกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้
ของผู้ใช้บริการ

Ware (1978) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการพยาบาล หรือการดูแล ประกอบด้วยลักษณะ
ทางกายภาพ และพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ความละเอียด ความเอาใจใส่ เทคนิค
คุณภาพการดูแล ความต่อเนื่องของการดูแล เป็นต้น

Donabedian (1980) อ้างใน นมณีรัตน์ โภทชงรัก, 2538) กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อบริการ
พยาบาล หมายถึง การที่ผู้ใช้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้เกิดความสมดุลระหว่างสิ่งที่
ผู้ป่วยได้รับกับความคาดหวังของผู้ป่วยพิชัย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537) ได้ให้ความหมาย ความพึง
พอใจว่า หมายถึง ปฏิบัติ

ด้านความรู้สึกต่อสิ่งเร้า โดยที่แสดงผลออกมาในลักษณะของผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการประเมิน ซึ่งบ่งบอกของผลการประเมินในลักษณะเป็นด้านบวกหรือด้านลบ หรือไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้านั้น

สรุป ความพึงพอใจในการบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ใช้บริการ เป็นภาวะสมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังกับบริการที่เป็นจริง ตามการรับรู้ ซึ่งระดับความพึงพอใจสามารถวัดเพื่อนำมาปรับปรุงการให้บริการ

4.2 แนวคิดความพึงพอใจผู้ใช้บริการ

บริการพยาบาลเป็นบริการหลักภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยย่อมคาดหวังต่อบริการที่มีให้ในระดับที่แตกต่างกันไปตามความจำเป็น และความต้องการ ของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากประสบการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสำเร็จของผู้ให้บริการในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในแง่ของคุณค่า และความคาดหวังที่ผู้ป่วยสนใจและยังเป็นส่วนหนึ่งในหลายส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับบริการพยาบาลไปแล้ว สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความหมายอย่างยิ่งตามแนวคิดของการประกันคุณภาพทั้งนี้เนื่องจากการประกันคุณภาพมีเป้าหมายหลัก 2 ประการ คือ การวัดผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำ และนำผลที่ได้รับนั้นมาปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพสูงสุดไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การวัดผลดังกล่าวนี้อาจกระทำได้โดยการวิเคราะห์ทั้งในกรอบอ้างอิงจากผู้ให้บริการ หรือทัศนคติของผู้ป่วย (Phaneuf and Wandelt, 1974 อ้างถึงในกนกพร คุปตานนท์, 2539) Millett (1954 อ้างในนภารัตน์ ค้วงลา, 2545)

Risser (1975) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการในงานสาธารณสุขมูลฐานโดยมุ่งเน้นวิธีการวัดด้วยเกณฑ์ประกอบย่อย 3 ด้าน คือ ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ และด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ Davis and Bush (1995) ได้พัฒนามาตรวัดระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้แนวคิดของ Risser (1975) นำมาพัฒนาโดยผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (CQI) ทดสอบความเที่ยงและความตรง จนได้

องค์ประกอบย่อยในการวัดความพึงพอใจ 4 ด้านได้แก่

1. ความสามารถด้านการปฏิบัติงาน (technical competency) หมายถึง กิจกรรมเทคนิคการพยาบาล ทักษะ ความรู้ ความสามารถที่พยาบาลทำอยู่ เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ
2. การดูแลด้านจิตใจ (psychological safety) หมายถึง การรับรู้ ถึงความเอื้ออาทรการสนองตอบด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดผลดี และความสุขสบายแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติด้วยความอ่อนโยน
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (information giving) หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการสื่อสารความเข้าใจ การตอบคำถาม อธิบายความหมายรายละเอียดที่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย

4. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน และการติดตามดูแลต่อเนื่อง(discharge teaching) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตนเมื่อออกจากโรงพยาบาลและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน

4.3 ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาความพึงพอใจโดยใช้แนวคิดของ Davis and Bush (1995) มีความเป็นไปได้ และเหมาะสมที่จะนำมาวัดความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้ป่วยในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ จุดประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับบนพื้นฐานแนวคิดความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แนวข้อคำถามตามแบบสอบถามของ ของ เตือนฤทัย แซ่โล้ว (2549) ที่สร้างตามแนวคิดของ Davis and Bush (1995) มาปรับให้เหมาะสม เพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยเลือกองค์ประกอบความพึงพอใจของผู้ป่วย 4 ด้าน เพื่อให้เหมาะสมในบริบทที่จะศึกษา ได้แก่

1. ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน (technical competency) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานตามแผนการรักษา ด้วยความรู้ ความสามารถ สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจ อธิบายหรือให้ข้อมูลการดูแลได้ตามหลักวิชาการ

2. ด้านการดูแลจิตใจ (psychological safety) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล เกี่ยวกับการพยาบาลด้วยความ เอื้ออาทร เอาใจใส่ ด้วยความอบอุ่น อ่อนโยน สอบถามอาการ และอาการแสดง ให้ความสำคัญรับฟังปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกและปฏิกิริยาอาการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม

3. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (informative giving) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล เกี่ยวกับการให้ข้อมูลระหว่างการพักรักษาตัวอยู่ในแผนกอายุรกรรม ตั้งแต่เข้าพักรักษาตัวจนถึงการจำหน่าย ด้วยวาจาและนำเสนอด้วยรูปแบบสื่อต่างๆ การให้สุขศึกษา ที่ถูกต้องเหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถามและให้คำแนะนำอธิบายได้อย่างต่อเนื่อง

4. ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลต่อเนื่อง (discharge teaching) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อ ความ พึงพอใจในบริการพยาบาล เกี่ยวกับการให้คำแนะนำการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น ยา อาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติเป็นต้น ก่อนที่จะจำหน่ายจากแผนก รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์

5. แนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาล

5.1 ความหมายความพึงพอใจในการทำงาน

จูริวัฒน์ คงทอง (2539) กล่าวว่า ความพึงพอใจของพยาบาล เป็นความรู้สึกพอใจในงานที่ทำด้วยความเต็มใจ และตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นทัศนคติด้านบวกที่พยาบาลแสดงออกในขณะปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2533) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลภายในกลุ่มและฐานะความเป็นอยู่ของเขาเหล่านั้น เป็นเรื่องของการพิจารณาว่า เขาควรได้รับความพอใจชนิดไหน อย่างไร เช่น ด้านงานที่ทำ อัตราค่าจ้าง เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ในงานของคนคนหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกที่ดีในงานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคลนั้น ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์มากขึ้นเท่าใดด้วย และรากฐานแห่งความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ขาดหายไปกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับระหว่างงาน

สมยศ นาวิการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้นเป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนร่วมของคนที่มีต่องาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจในงานสูงนั้น มักหมายความว่าคนชอบให้คุณค่าต่องานของตนเองสูง และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

Spector (1997) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติที่มีต่องาน ที่สามารถประเมินออกมาได้ว่า บุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตน มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงาน โอกาสก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน

Wolman (1973 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม 2534: 38) ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง และ Shelly (1975) อ้างถึงใน สุรกุลเจนอบรม, 2534 : 38) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึก 2 ด้านคือ ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้บุคคลมีความสุข

ความพึงพอใจในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ของพยาบาล ในผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบบริการ การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งการให้บริการพยาบาลตามแบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน

การที่ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความพึงพอใจในการทำงานมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับแรงผลักดันหรือความต้องการต่าง ๆ ที่อยู่ภายในบุคคล ในฐานะที่เป็นแรงจูงใจการกระทำของบุคคล ทฤษฎีในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow Hierarchy of Needs) ทฤษฎีความต้องการของ Alderfer (Alderfer's modified need hierarchy Theory) ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's two factors theory) และทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland's Theory of Needs)

1. ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow Hierarchy of Need) (Griffin, 1996 : 477-478; Cook, Hunsaker, and Coffey, 1997: 187-188; Robbins, 2001:156)

Maslow เป็นนักจิตวิทยา ให้ข้อเสนอแนะว่าความต้องการของคนจะเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการจูงใจ เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ เกิดจากความต้องการบางอย่างและเกิดความพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนอง Maslow ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็นลำดับขั้น ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว ความมั่นคงปลอดภัยจะเข้ามามีบทบาทในพฤติกรรมมนุษย์ มีความปรารถนาที่จะได้รับความคุ้มครองจากอันตรายต่าง ๆ และความมั่นคงจากการทำงาน ความต้องการทางด้านสังคม (Social needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกาย และความต้องการทางด้านความมั่นคงปลอดภัยได้รับอย่างเหมาะสมแล้ว บุคคลจะมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในองค์กรและได้รับการยอมรับความเป็นมิตร และมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม มีการยกย่องชมเชย ความต้องการเกียรติยศและชื่อเสียง (Esteem needs)

2. ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's two factors theory) (Herzberg, 1993: Griffin, 1996: 480-481; Cook, Hunsaker, and Coffey, 1997: 190-192; Robbins, 2001: 158-160) เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่ศึกษาถึงสาเหตุจูงใจบุคคลให้ทำงาน พบว่ามี 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงาน พัฒนามาจากแนวคิดในเรื่องของความต้องการของ Maslow โดย Herzberg (1993) เป็นผู้เสนอทฤษฎีสองปัจจัย ซึ่งเป็นผลสรุปจากการสัมภาษณ์วิศวกรและนักบัญชี จำนวน 200 คน จากวงการธุรกิจและอุตสาหกรรม 11 แห่งทั่วเมืองพิทสเบิร์ก มลรัฐเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา โดยใช้วิธีให้ประชากรพิจารณาเหตุการณ์ กล่าวคือ ในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์คำถามของผู้สัมภาษณ์เป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบคิดถึงเวลาที่เขามีความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีเกี่ยวกับงานที่ทำในปัจจุบันหรืองานที่เขาได้เคยทำมาแล้ว โดยให้ผู้ตอบระบอบุคคลประกอบหรือสาเหตุที่ทำให้เขามีความพึงพอใจนั้นมักเกิดจากตัวงานที่ทำ ซึ่ง Herzberg เรียกว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ส่วนปัจจัยที่พนักงานเกิดความรู้สึกไม่พอใจนั้น มักจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่ง Herzberg เรียกว่า ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors)

3. ทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland's Theory of Needs) (McClelland cited in Robbins, 2001: 162-164) โดยกล่าวถึงความต้องการ 3 ประการ ได้แก่

1. ความต้องการที่เกิดจากแรงผลักดันภายในของบุคคลที่ต้องการความสำเร็จมากกว่าการหวังผลตอบแทนเป็นรางวัล ต้องการงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยทำมาก่อน จากการศึกษาวิจัยของ McClelland พบว่าผู้ที่ประสบผลสำเร็จสูงจะมีแนวทางในการทำงานที่แตกต่างจากคนอื่น ใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ความรู้ความสามารถ การให้ผู้อื่นแสดงความคิดเห็น และหาสถานการณ์ที่สามารถกำหนดความท้าทายในระดับปานกลาง ชอบความท้าทายในการแก้ปัญหา ผู้ที่ประสบผลสำเร็จสูงจะทำงานได้ดีที่สุดเมื่อมองเห็นความเป็นไปได้ของความสำเร็จ 50-50 ไม่ชอบทำงานที่ไม่ท้าทาย ชอบทำงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของงานที่เกิดจากความพยายามในการกระทำ

2. ความต้องการด้านอำนาจ (Need for Power) เป็นความต้องการให้มีผลกระทบ มีอิทธิพล และควบคุมผู้อื่นได้ ผู้ที่ต้องการมีอำนาจจะมีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับมอบหมายในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความพึงพอใจที่จะบริหารจัดการ มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น และมีแนวโน้มที่จะชอบเรื่องศักดิ์ศรี

3. ความต้องการด้านสัมพันธภาพ (Need for Affiliation) เป็นความต้องการการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ความรู้สึกอบอุ่นกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ชอบสถานการณ์ที่ต้องใช้ความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland ได้กล่าวถึงความต้องการซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน และผลจากการปฏิบัติงานจะนำไปสู่ความพึงพอใจ ซึ่งสามารถใช้ประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) ทั้ง 3 ด้านในการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการ คือ ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการอำนาจ และความต้องการด้านสัมพันธภาพ และใช้ข้อคำถามมาจากแบบวัดความพึงพอใจในงานของ เพียร์จิตต์ ฌูมิสิริกุล (2546) ซึ่งวัดความพึงพอใจของพยาบาล ในการจัดการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว โดยใช้แนวคิด ของMcClelland (2001) เช่นเดียวกัน มาปรับให้เหมาะสม เพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ความพึงพอใจเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นหัวใจของการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน พบว่า ทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) สามารถนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาความพึง

พอใจของพยาบาลในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ที่ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากบุคคลจะพึงพอใจถ้าสามารถทำงานแล้วประสบความสำเร็จ ได้ใช้ความรู้ความสามารถ มีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมาย และในการทำงานนั้น ถ้าได้ร่วมมือกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และมีความเข้าใจกันในการทำงาน ก็จะทำให้บรรยากาศในการทำงานดี ผู้ปฏิบัติงานก็มีความพึงพอใจในการทำงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความต้องการของ McClelland มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการวิจัยนี้

5.3 ความพึงพอใจในการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์

ความพึงพอใจเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นหัวใจของการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน พบว่า ทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) สามารถนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างดี เนื่องจากบุคคลจะพึงพอใจถ้าสามารถทำงานแล้วประสบความสำเร็จ ได้ใช้ความรู้ความสามารถ มีความพึงพอใจกับการทำงานที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมาย และในการทำงานนั้น ถ้าได้ร่วมมือกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และมีความเข้าใจกันในการทำงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ก็จะทำให้บรรยากาศในการทำงานดี ผู้ปฏิบัติงานก็มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบทำงาน ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ ได้มีโอกาสร่วมมือทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้พยาบาลรู้สึกมั่นใจและภูมิใจ และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความต้องการของ McClelland มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการพยาบาล ก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวในการวิจัยนี้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ได้มีการศึกษาผลของการวางแผนการจำหน่าย และดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านต่างๆ เช่น การศึกษา Tu, McDanniel, & Gay (1993) เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ต่อจากที่ได้รับความรู้ขณะอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน จำนวน 27 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน ใช้เวลาในการติดตามให้ความรู้ 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องที่บ้านมีคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่ม

ที่ไม่ได้รับการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่วน Leiby & Shupe (1992) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและให้การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอด หัวใจและหลอดเลือด จำนวน 105 คน โดย 37 คน ได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน ตามเงื่อนไขการประกันสุขภาพของรัฐ ส่วนอีก 68 คน เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการดังกล่าว ภายในเวลา 6 เดือน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน จำนวน 37 คน กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 9 วัน ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการดังกล่าว จำนวน 68 คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 และใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานถึง 105 วัน

จากการศึกษาของ Still, 1997: 498-500) ซึ่งทดลองนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น โดยมีการใช้ขั้นตอน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างเคร่งครัด เพื่อลดจำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ ในระยะเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้น้อยกว่าร้อยละ 25 มีจำนวนการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 51.4 ส่วนผู้ป่วยที่มีแผลไหม้มากกว่าร้อยละ 25 มีจำนวนการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลง ร้อยละ 23.7 เป็นต้น

ในต่างประเทศได้มีการใช้เทคโนโลยีทางด้านนี้อย่างกว้างขวาง และได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยหลาย ๆ ระบบโรค เช่น Mcintosh & Worley (1994) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโรคจิตหลังวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ Elliott & Reimer (1998) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าสามารถช่วยประคับประคองด้านจิตใจ และการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก ส่วน Hagan, Morin, & Lepine: 2000) ได้ศึกษาถึงผลของการให้บริการทางโทรศัพท์หลังการวางแผนจำหน่าย ที่ศูนย์สุขภาพทางไกลในประเทศแคนาดา พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในบริการสูงมาก สามารถช่วยแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองที่จะแก้ไขปัญหา และช่วยลดการกลับไปใช้บริการที่หน่วยฉุกเฉินและการไปพบแพทย์ที่คลินิกได้ และการศึกษาของ Shaul, (2000) ที่ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามทางโทรศัพท์มาก นอกจากนั้นยังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย นงคันุช สุเมธ (2545) ได้ศึกษาผลของการให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอายุรกรรมทุกระบบ โรคทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ที่อยู่ในระดับมากที่สุด และรัชณี ศรีหิรัญ (2541) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม รุ่งทิพย์ วัฒนาวรรณนะ, จิตติมา ธรรม

สิทธิ์, อุบล รัตนพฤษย์, ยุพิน แรงเพ็ชร์ และสุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย (2540) ศึกษาผลของโครงการให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ได้มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมและได้รับความรู้เพิ่มเติมตลอดจนลดปัญหาด้านจิตใจเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย และยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยจุฑาธุช 5 โรงพยาบาล ศิริราช ซึ่งได้โทรศัพท์กลับเข้ามาปรึกษาและขอคำแนะนำ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2539 รวมทั้งสิ้น 57 ราย ไม่จำกัดอายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพระดับการศึกษา อายุครรภ์ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกปัญหาที่ผู้ป่วยโทรศัพท์กลับเข้ามาขอคำปรึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ เป็นร้อยละ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โครงการให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์นี้มีประโยชน์ และเป็นที่ต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการเพิ่มพูนความรู้สร้างความมั่นใจ และอบอุ่นใจในการดูแลตนเอง และบุตรของผู้ป่วยที่บ้าน โดยเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยที่โทรศัพท์กลับมาใช้บริการซ้ำ อีกร้อยละ 35 ของผู้ใช้บริการ ข้อมูลปัญหาที่สำรวจพบมากที่สุดคือ ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลบุตรพบมากถึงร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด การใช้ยา และโภชนาการ ตามลำดับ ส่วนปัญหาด้านจิตใจนั้นเป็นปัญหาที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน ไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่า ผู้ป่วยที่โทรศัพท์เข้าโครงการมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) หรือไม่ ประเมินได้แต่เพียงว่า โครงการนี้สามารถลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองและบุตร ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถนำไปปรับแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และแผนการสอนสุขศึกษาในหอผู้ป่วยได้

ปัจจุบันมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง ได้แก่ การให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวาน (สุรีย์ จัทรโมลี, 2535; โฉมยง เหลลาโชติ, 2537; สมพร ศิริเต็มกุล และจุฬาทรร ตั้งตระกูล, 2538) การสอนสุขศึกษา (สุพัตรา ภูมิแดนดิน, 2534; สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย, 2538; บุญประคอง ประสงค์สม, 2539) การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (วนิดา ชุกกลิ่น, 2534) การเยี่ยมบ้าน (อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ, 2537; พรทิวา อินทร์พรหม, 2539) การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน (ภาวนา กิรติยดวงศ์, 2537) การใช้กระบวนการกลุ่ม (สายน้ำ ดิษฐานารี, 2537; เกสรี เลิศประไพ, 2538) และการใช้สื่อในการให้ความรู้ (ชวลิต นิลวางกูร, 2538; สมจิตต์ วิริยานนท์, 2539) โดยรูปแบบการส่งเสริมการบริการสุขภาพที่กล่าวมานั้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ทักษะ และปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาของนิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ (2549) เกี่ยวกับผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยองโดยใช้แนวคิดของ Mckeehan & Coulton (1985) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกอายุรกรรม

รวม พบว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ระดับมากหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย อัตราการกลับซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนลดลงร้อยละ 16

จากการศึกษาของเดือนฉาย มณีรัตน์ (2546) เกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 12 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 15 คน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่สร้างประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นที่ 2 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ขั้นที่ 3 ปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการจำหน่ายผู้ป่วย โดยในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมและทักษะที่ใช้ ผู้รับผิดชอบ เวลาที่เหมาะสม วัตถุประสงค์ และเครื่องมือที่ใช้ จากความคิดเห็นของพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย พยาบาล และโรงพยาบาล ได้รับประโยชน์จากรูปแบบที่สร้างขึ้น และมีความภาคภูมิใจในรูปแบบที่ได้มีส่วนร่วมในการสร้างความเห็นของผู้ป่วยต่อการวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการวางแผนจำหน่ายและพึงพอใจในบริการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ และคิดว่าการวางแผนจำหน่ายควรมีการปฏิบัติต่อไป ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมากที่สุดหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการศึกษาของอัครา บุตรรักษ์ (2544) เรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลการใช้การวางแผนจำหน่ายชนิดไม่มีรูปแบบกับชนิดมีรูปแบบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แผนการจำหน่ายอย่างมีรูปแบบใช้ต้นทุนที่น้อยกว่า และมีค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติกิจกรรมการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี ศรีพลาวงษ์ (2543) เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยเป็นการศึกษาในรูปของการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีขั้นตอน 2 ขั้นตอน คือ การสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 ราย (แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบจำนวน 10 คน และกลุ่มที่ใช้รูปแบบจำนวน 10 คน) อีกกลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ จำนวน 9 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าของการปฏิบัติตัวเพื่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มที่ใช้การวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติกิจกรรมการทำกิจกรรม มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบ ต่ำกว่า ก่อนใช้รูปแบบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์ (2531) พบว่าพยาบาลวิชาชีพ โดย

ส่วนรวมมีความรู้เพียงพอที่จะทำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้มีคุณค่ายิ่ง และมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคมากในขั้นตอนการศึกษาข้อมูล การวางแผน การปฏิบัติ รวมทั้งการติดตาม ประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับ Lowenstein & Holf (1994) ซึ่งกล่าวว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็น หัวใจสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังคงพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังมีความสับสนว่าจะ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร ซึ่งได้เสนอแนะว่าผู้บริการ จะต้องเห็น ความสำคัญและเป็นผู้นำในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงสำรวจของ โสมนัส นาคนวล และนงลักษณ์ ไทยกุล (2547) ซึ่งได้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 99 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการวิจัยพบว่า มีการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระดับปานกลาง สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นั้น เกิดจาก พยาบาลมีปริมาณงานมาก ยุ่ง ทำให้ไม่มีเวลา ไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ เป็นลายลักษณ์อักษร และขาดผู้ประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพ ตลอดจนขาดการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยและครอบครัว

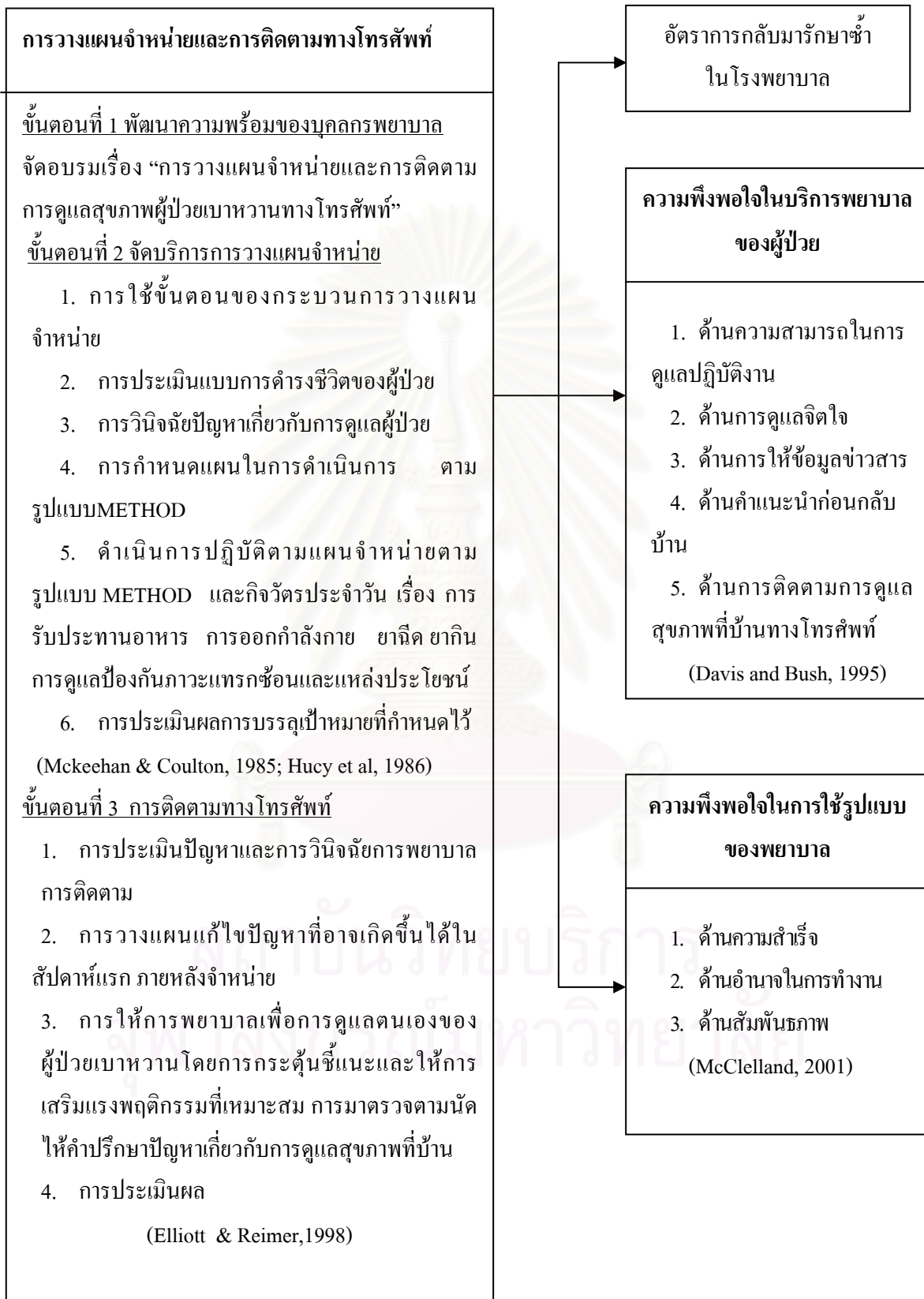
จากการศึกษาของ Patel et al (1998) ได้รับการศึกษาถึงกระบวนการของการฟื้นฟูสภาพ และการวางแผนจำหน่ายในโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการเปรียบเทียบกันระหว่างหน่วยให้บริการ 2 หน่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการให้บริการในหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโรค นี้ โดยมีการประเมินผลด้าน ผลของความแตกต่างในการฟื้นคืนสภาพของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยใช้ดัชนีบาร์เทล (Barthel Index Score) ในการวัดเปรียบเทียบ และการประเมินผลการวางแผน จำหน่าย โดยใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Length of Stay) เป็นตัววัด ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการฟื้นฟูสภาพระหว่างหน่วย ไม่มีความแตกต่าง ค่าคะแนนดัชนีบาร์เทลสูงสุด 14 สัปดาห์ เท่ากันทั้งสองหน่วย แต่ในหน่วยที่มีการใช้แผนการจำหน่ายสามารถลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลได้มากกว่า สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วกว่าปกติที่ไม่ได้ใช้การวางแผนจำหน่าย จาก การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้านของ Shepperd et al (2003) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจากโรงพยาบาล โดยทำการเก็บ ข้อมูลกับผู้ป่วยทุกรายในโรงพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่ม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาค้นพบว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยสามารถเพิ่มความพึง พอใจให้กับผู้ป่วยได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายตามปกติ แต่ไม่สามารถสรุป ได้แน่นอนว่าการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพและสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการเข้ามารักษาซ้ำได้จริงจากงานวิจัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นว่า แม้จะมีการศึกษาถึง การวางแผนจำหน่ายหรือการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยหลายกลุ่มทางโทรศัพท์ และผลของการศึกษา พบว่า การดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ลดอัตราการ กลับเข้ามาการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย แต่การนำรูปแบบการ

วางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานนั้น ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษา ดังนั้น การนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวาน จึงนับเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะนำความรู้ความเข้าใจในวิธีการดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมไปสู่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้มากขึ้น ส่งผลให้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยและพยาบาลเกิดความพึงพอใจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้แบบการวิจัยสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group posttest only design) กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการ การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ และในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลสองครั้ง (One group pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์ ที่มีต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งมีแผนการดำเนินการวิจัย ดังนี้ (Polit and Hungler, 1999)

กลุ่มผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม		O1
กลุ่มทดลอง	X	O2

O1: อัตราการกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ

O2: อัตราการกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

X: การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

กลุ่มพยาบาล

O1	X	O2
----	---	----

O1: ความพึงพอใจของพยาบาลก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

O2: ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

X: การวางแผนจำหน่ายและติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 35 คน ทำการศึกษาในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2551 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์เข้าเป็นกลุ่มควบคุมก่อน ทำการเก็บข้อมูลจนได้จำนวนทั้งสิ้น 35 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากการที่พยาบาลผู้ให้บริการได้รับประสบการณ์จากการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในกลุ่มควบคุม จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานหรือยาฉีดอินซูลิน
3. มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถทำการติดต่อได้สะดวก
4. ได้รับการนัดหมายให้มาตรวจเพื่อติดตามการรักษาจากแพทย์
5. ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและฟังภาษาไทยเข้าใจได้ดีไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ตั้งแต่แรกเริ่มเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

2. กลุ่มพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 35 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 2.1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยงานที่ทำการทดลอง
- 2.2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี
- 2.3. มีความเข้าใจกิจกรรมที่จะได้ซึ่งในงานวิจัยอย่างครบถ้วน

2.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ กำหนดโดยใช้ทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (Central Limit Theorem) ซึ่งกล่าวว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่มีขนาด 30 เชื่อว่ากลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอที่จะมีลักษณะการแจกแจงของค่าเฉลี่ยเป็นปกติ ไม่ว่าจะเลือกมาจากประชากรที่มีการแจกแจงแบบใดก็ตาม (สังข์ศักดิ์ ทิดาราม, 2534) ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 70 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ชี้แจงทำความเข้าใจกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

2. ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามโดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม ให้ความกระจ่างในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาโดยประมาณในการตอบแบบสอบถาม อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ซึ่งจากการชี้แจงไม่มีผู้ใดปฏิเสธ หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการมอบหมายงานเรื่องการวางแผนจำหน่าย และติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในใบมอบหมายงานประจำวัน

3. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลดิบที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และอยู่ในที่ที่ปลอดภัย

4. วิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม การรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. คู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สำหรับพยาบาล
2. โครงการอบรมการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลเรื่อง “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ”
3. คู่มือการสอนเรื่องโรคเบาหวานสำหรับพยาบาล
4. คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
5. เอกสารที่เกี่ยวข้องในการในการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สำหรับพยาบาล
 - 5.1 แบบประเมินความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
 - 5.2 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
 - 5.3 แบบสรุปแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
 - 5.4 แบบบันทึกการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- ชุดที่ 1. แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน
- ชุดที่ 2. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย
- ชุดที่ 3. แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. คู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สำหรับพยาบาล

มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

 - 1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ โดยผสมผสานแนวคิดของของ Mckeethun & Coulton (1985) และ METHOD ของ Hucy (1986) แนวคิดการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ของ Elliott & Reimer (1998) มาเป็นแนวทางกำหนดเนื้อหาและกิจกรรมของคู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์

1.2 สร้างแบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ โดยเอกสารที่เกี่ยวข้องกำหนดหัวข้อกิจกรรมที่ปฏิบัติใน METHOD ซึ่งประกอบด้วย

1.2.1 แบบประเมินความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำแนวคิดแบบ METHOD มาประยุกต์ใช้ในการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหลังจำหน่าย

1.2.2 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแผนกิจกรรมการทำงานของทีมงานพยาบาล และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดของ Mckeethun & Coulton (1985) และ METHOD มาเป็นแนวทางกำหนดหัวข้อกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย วันที่ปฏิบัติ ผลการปฏิบัติ และผู้ปฏิบัติ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยใช้บันทึกการปฏิบัติงานตามแผนการจำหน่ายที่กำหนดขึ้น มีการมอบหมายงานและกำหนดบทบาทของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเริ่มจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (LOS) ที่เหมาะสม คือ 5 วัน หลังจากนั้นจึงนำมากำหนดกิจกรรมครอบคลุมระยะเวลา 5 วันของผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่าย

1.2.3 แบบสรุปแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยนำ METHOD มาประยุกต์ใช้ในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย

1.2.4 แบบบันทึกการติดตามดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยบูรณาการแนวคิดของ Elliott & Reimer (1998) มาเป็นแผนการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้พยาบาลติดตามประเมินผลการวางแผนจำหน่าย กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม ประกอบด้วยกระบวนการการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้น 1 การประเมินปัญหาและการวินิจฉัยการพยาบาลเกี่ยวกับความรู้เรื่องเบาหวานและพฤติกรรมในการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล กำหนดจุดมุ่งหมาย และกลวิธีในการแก้ไขปัญหาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย

ขั้น 2 การให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนดร่วมกัน

ขั้น 3 ประเมินผลการปฏิบัติเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่กำหนดร่วมกับผู้ป่วย

1.3 เขียนรายละเอียดของกลุ่มการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1.3.1 แนวคิดการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

1.3.2 วิธีการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

1.3.3 ความรู้โรคเบาหวานที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

1.3.4 การใช้แผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 1) แบบประเมินความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
- 2) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
- 3) แบบสรุปแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
- 4) แบบบันทึกการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์

1. นำคู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและสำนวนภาษา โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ภายหลังจากที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำคู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ไปใช้ในการดำเนินงานวิจัยต่อไป (ภาคผนวก ค)

2. โครงการอบรมการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลเรื่อง “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ” โดยมีรายละเอียดคือ 1) ความรู้ในการรักษาพยาบาลบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามทางโทรศัพท์ 3) แผนการสอนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายและบทบาทพยาบาลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน มาเป็นวิทยากร มีระยะเวลาในการศึกษาอบรม 1 วัน มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

2.1 เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติจัดอบรมในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามลำดับขั้นตอน

2.2 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตให้พยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรมเข้ารับการอบรมในเรื่อง “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ”

2.3 ดำเนินการอบรมพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจในคู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

2.4 ผู้วิจัยประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือในการทดลอง ในแผนกอายุรกรรมอีกครั้ง เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในคู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์และแบบฟอร์มต่างๆ ให้เข้าใจตรงกัน (ภาคผนวก ค) และประเมินผลโครงการ

3. คู่มือการสอนเรื่องโรคเบาหวานสำหรับพยาบาล

3.1 ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาดำรงวิชาการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3.2 สร้างสื่อการสอนเรื่องโรคเบาหวานโดยประกอบด้วยเนื้อหาและรูปภาพประกอบเพื่อความสวยงาม ผู้ป่วยและญาติเข้าใจง่าย ซึ่งเนื้อหา มีดังนี้

บทที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

บทที่ 2 การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

บทที่ 3 การออกกำลังกาย

บทที่ 5 ยารักษาโรคเบาหวาน / ยาฉีดอินซูลิน

บทที่ 6 การดูแลเท้า

บทที่ 7 การป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.3 ประสานกับงานโสตทัศนศึกษาของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาในการผลิตสื่อการสอนทั้งชนิดภาพพลิก และชนิด VCD เพื่อความสะดวกของแต่ละหน่วยงานในการนำไปใช้ให้สอดคล้องกับเทคโนโลยีที่มีอยู่ในแต่ละหน่วยงาน

4. คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

4.1 ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาดำรงวิชาการ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

4.2 สร้างสื่อการสอนเรื่องโรคเบาหวานโดยประกอบด้วยเนื้อหาและรูปภาพประกอบเพื่อความสวยงามและผู้ป่วยและญาติเข้าใจง่าย เป็นสื่อในการให้ความรู้ เป็นเอกสารประกอบการให้คำแนะนำ ซึ่งเนื้อหา มีดังนี้

- รู้ลึกเรื่องโรค
- อิ่มดีมีสุขภาพ
- หวานอย่างไรใจยังขม
- การใช้ยาฉีดและยาปรับประทาน
- การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสามารถประเมินได้โดยการติดตามผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้านหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการติดตามประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 28 วันจำหน่าย ตามข้อกำหนดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Indicators, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) อาจเป็นโรงพยาบาลอื่นหรือโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

2. กำหนดโครงสร้างของแบบวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Davis and Bush (1995) ที่ครอบคลุมเนื้อหา 4 ด้าน คือ ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ

3. สร้างข้อคำถามโดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยของ เตือนฤทัย แซ่โล้ว (2549) ซึ่งวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยจากผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดของ Davis and Bush (1995) เช่นเดียวกัน ได้แบบวัดความพึงพอใจทั้งหมด 5 ด้าน 30 ข้อ ดังนี้

ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน	6	ข้อ
ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ	6	ข้อ
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	8	ข้อ
ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตาม	10	ข้อ
การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์		

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ (Rating scale) เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ความหมาย

คะแนน

1. น้อยที่สุด	ผู้พึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความที่ระบุไว้น้อยที่สุด
2. น้อย	ผู้พึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความที่ระบุไว้น้อย
3. ปานกลาง	ผู้พึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความที่ระบุไว้ปานกลาง
4. มาก	ผู้พึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความที่ระบุไว้มาก
5. มากที่สุด	ผู้พึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความที่ระบุไว้มากที่สุด

การแปลผลคะแนนที่ได้จากการวัดระดับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วยให้
ความหมายโดยใช้หลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 4.00	พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับมากที่สุด
3.50 – 4.49	พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับมาก
2.50 – 3.49	พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับน้อย
0.00 – 1.49	พึงพอใจในบริการพยาบาลระดับน้อยที่สุด

4. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้
ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำ มาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการใช้สำนวนภาษาโดยยึดหลักความสอดคล้อง
ระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิจาก 4 ใน 5 ท่าน แล้ว
นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผล
การตรวจสอบพบว่าแบบวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยมีทั้งหมด 4 ด้าน 27 ข้อ คือ
ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ ด้านการให้ข้อมูล
ข่าวสาร และด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ตัด
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพที่
บ้านทางโทรศัพท์ 3 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามเนื้อความหมายคล้ายคลึงกันควรรวบเป็นข้อเดียวกัน
และให้ปรับด้านภาษา จำนวน 3 ข้อ ให้มีความเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน	6	ข้อ
ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ	6	ข้อ
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	5	ข้อ
ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตาม การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์	10	ข้อ

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยรวมและ
รายด้าน ในกลุ่มทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน
35 คน และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร
Cronbach's Alpha Coefficient ได้ 0.98 (ภาคผนวก ง)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการใช้การวางแผนจำหน่าย และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาล ในการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ของวาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548)

2. กำหนดโครงสร้างของแบบวัดความพึงพอใจในงานตามแนวคิดของ McClelland (2001) ที่ครอบคลุมเนื้อหา คำนิยาม ตัวแปร ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ 2) ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน 3) ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ

3. สร้างข้อคำถาม โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบวัดความพึงพอใจในงานของ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ซึ่งวัดความพึงพอใจของพยาบาล ในการจัดกาบริการพยาบาลผ่าตัดที่ เน้นการดูแลรอบครัว โดยใช้แนวคิด ของMcClelland (2001) เช่นเดียวกันได้แบบวัดความพึงพอใจทั้งหมด 3 ด้าน 20 ข้อ

ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ	9 ข้อ
ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน	5 ข้อ
ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ	6 ข้อ

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ (Rating scale) โดยมีเกณฑ์คะแนน ระดับความพึงพอใจในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ มี 5 ระดับดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ความหมาย

คะแนน

1. น้อยที่สุด	พยาบาลพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติตามข้อความนั้นน้อยที่สุด
2. น้อย	พยาบาลพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติตามข้อความนั้น น้อย
3. ปานกลาง	พยาบาลพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติตามข้อความนั้น ปานกลาง
4. มาก	พยาบาลพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติตามข้อความนั้น มาก
5. มากที่สุด	พยาบาลพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติตามข้อความนั้น มากที่สุด

การแปลผลคะแนนที่ได้จากการวัดระดับความพึงพอใจของพยาบาล ให้ความหมาย โดยใช้หลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 4.00	พยาบาลพึงพอใจในระดับมากที่สุด
3.50 – 4.49	พยาบาลพึงพอใจในระดับมาก

2.50 – 3.49 พยาบาลพึงพอใจในระดับปานกลาง

1.50 – 2.49 พยาบาลพึงพอใจในระดับน้อย

1.00 – 1.49 พยาบาลพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

4. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการใช้ภาษาเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ภาษาโดยยึดหลักความสอดคล้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิจาก 4 ใน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผลการตรวจสอบพบว่าแบบความพึงพอใจในงานของพยาบาลเดิมประกอบด้วย 3 ด้าน 20 ข้อ ไม่มีเพิ่มเติมจำนวนข้อคำถาม และปรับด้านภาษาให้มีความเฉพาะเจาะจง คงจำนวนข้อคำถาม 3 ด้าน 20 ข้อแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| 1. ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ | 9 ข้อ |
| 2. ความพึงพอใจด้านอำนาจในการทำงาน | 5 ข้อ |
| 3. ความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพ | 6 ข้อ |

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยรวมและรายด้าน ในกลุ่มทดลอง (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ 0.95 (ภาคผนวก ง)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง (1 เดือน)

ขั้นตอนที่ 2 การทดลอง (3 เดือน)

2.1 ระยะเวลาการดำเนินการทดลอง

2.2 การดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยรวบรวม และศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการสร้าง และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. ภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม เพื่อแนะนำตนเอง

แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขอใช้สถานที่ในการจัดโครงการการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย เพื่อเป็นผู้ช่วยรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงจัดให้มีผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแทนเพื่อป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดจากตัวผู้วิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

4.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมาไม่น้อยกว่า 5 ปี หอผู้ป่วยละ 1 คน ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยอบรมวิธีการใช้แบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ โดยอธิบายถึงความหมายของข้อคำถามในแต่ละข้อของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัย จนมีความเข้าใจตรงกับผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ขั้นตอนการทดลองนี้ เริ่มทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2551 เมื่อมีผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้รับการพยาบาลในขั้นตอนของการรับใหม่ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยเบาหวานและญาติ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อได้รับความสมัครใจจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติก่อน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้จากพยาบาลโดยการให้ข้อมูลตั้งแต่แรกรับ เกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ขณะอยู่โรงพยาบาล การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ได้แก่ การให้ ยา อาหารเฉพาะ โรค สารน้ำ การประเมินสัญญาณชีพของร่างกาย เป็นต้น และเมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทั่วไป เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการสังเกตอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ไม่เจาะจงตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน โดยพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้านโดย

หน่วยงานเวชกรรมสังคมตามแบบฟอร์มที่กำหนด และจะได้รับการบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัย คือ ตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลจำนวน 27 ข้อ ในวันสุดท้ายก่อนจำหน่ายไม่เกิน 15 นาที

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการโดยการนำการวางแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ไปใช้เป็นการจัดระบบบริการพยาบาล ที่มีการปฏิบัติงานไปทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงจัดโครงการอบรมระบบบริการพยาบาลโดยใช้แผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันใช้แผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาโดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดโครงการอบรมพยาบาลประจำการ ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในการออกหนังสือแจ้งเวียนเพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม นัดหมายให้พยาบาลในหอผู้ป่วยทั้งหมดประชุมร่วมกัน และจัดพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม เข้ารับการอบรม จำนวน 50 คน เป็นเวลา 1 วัน ตั้งแต่เวลา 08.00 - 15.00 น. ในวันที่ 10 มีนาคม 2551 เรื่อง “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ” โดยเชิญรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลทำพิธีเปิดการอบรม และกล่าวถึงนโยบายสนับสนุนการพัฒนาบริการ และเน้นความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนา โดยมุ่งผลลัพธ์ของบริการพยาบาล ที่ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล(โครงการอบรมแสดงอยู่ในภาคผนวก ค) และดำเนินการอบรมตามขั้นตอนดังนี้ ดังนี้

1. เชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่ เชี่ยวชาญเรื่อง การวางแผนจำหน่ายและบทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน จากภาควิชาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ มาเป็นวิทยากรบรรยาย เรื่อง แนวคิดการวางแผนจำหน่ายและบทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพ ใช้เวลา 3 ชั่วโมงในระหว่างการบรรยายมีการซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา และประสานงานแก่ผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด และอำนวยความสะดวกในการจัดอบรมโดยจัดเตรียมเอกสารต่างๆ สำหรับการอบรม ถ่ายทอด และนำเสนอวิธีการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ รวมทั้งดำเนินการให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการนำวิธีการนำแผนการจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ไปใช้

2. ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 5 คน ดำเนินการประเมินการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ในปัจจุบัน โดยใช้การระดมความคิดเกี่ยวกับการพยาบาลที่ต้องการให้และความต้องการของผู้ใช้บริการ รวมทั้งปัญหาที่พบเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน หรือข้อร้องเรียนและอุบัติการณ์จากผู้ใช้บริการที่เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหาของแต่ละคนประกอบกัน และแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยส่งตัวแทนนำเสนอข้อมูลของข้อคิดเห็นหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล ใช้เวลา 20 นาที

3. กำหนดแนวทางปฏิบัติในการให้บริการการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติการ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยผู้วิจัยแจกคู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ภาพพลิกและแผนการสอนผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนองค์ประกอบของเนื้อหาการวางแผนจำหน่ายตามภาพที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ และรายละเอียดดังต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





จากภาพที่ 1 ขี้ ตีตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ในวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย

โทรศัพท์ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจาก
ภาพที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

โทรศัพท์ ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการใช้แผนการจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ ตามของการทดลองครั้งนี้ ให้กับพยาบาลแผนกผู้ป่วยอายุร
กรรมจำนวน 50 คน มีรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการประเมิน (Assessment)

ในวันแรกผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ามารับการดูแลรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม จะได้รับ
การพยาบาลตามแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในขั้นตอนการรับใหม่ หลังจากการ
สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยการแนะนำตัวด้วยกิริยาและ
น้ำเสียงที่สุภาพอ่อนโยนแล้วพยาบาลจะชี้แจงให้ข้อมูลแผนการดูแลรักษา การให้การพยาบาล ให้
คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบ การบริการของแผนกผู้ป่วยใน อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ โดยที่พยาบาลที่
รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวานดำเนินการดังนี้

1) ผู้ให้การพยาบาลนำผู้ป่วยเข้าห้องปฏิบัติการพยาบาล เพื่อประเมินสภาพร่างกายทั้ง
ระบบและสัญญาณชีพ ทำความสะอาดร่างกาย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เก็บ Specimen ส่งตรวจ
ตามคำสั่งการรักษา เป็นต้นหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินการตรวจร่างกายและ
Specimen มาส่งต่อให้แก่พยาบาลคนที่ 2 ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

2) พยาบาลทำการประเมิน สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่เป็นสาเหตุของการ
นอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ (Assessment) โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ในการซักประวัติ
เพื่อการประเมินสภาพความเจ็บป่วย และพฤติกรรมดูแลตนเอง ความพร้อมในการรับรู้ โดยใช้
M-E-T-H-O-D (คือการประเมินเกี่ยวกับประวัติและวิธีการใช้ยา (Medication: M) ประเมินเกี่ยวกับ
การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ การได้รับการเอาใจใส่ดูแลจาก
ครอบครัว การใช้แหล่งประ โยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ
สังคม (Environment & Economic: E) ประเมินความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกต
อาการ ทักษะและพฤติกรรมจัดการตนเอง (Treatment : T) ประเมินความเข้าใจภาวะสุขภาพ
ของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้วิถีชีวิตประจำวัน(Health: H) ทราบแหล่งประโยชน์ว่าควรติดต่อขอ
ความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรืออาการเฉียบพลัน (Outpatient Referral:
O) ประเมินความเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม ตามข้อจำกัดด้าน
ภาวะสุขภาพ (Diet: D) ในขณะที่มีการประเมินซักถาม พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย แสดง

ความคิดเห็น ระบายความรู้สึก และนำปัญหาที่ได้มาสรุปประเด็นวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย โดยพิจารณาจากปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรม สุขภาพหรือภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประเมินสาเหตุที่อาจเป็นโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นประเมินการรับรู้ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง พยาบาลจะอธิบายให้ข้อมูลที่เป็นจริงจนผู้ป่วยเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ปัญหาตรงกับพยาบาล แล้วจึงบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินความต้องการการดูแลหลังการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้เวลาทั้งสิ้น 20-30 นาที

3.2 ขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหา (Nursing diagnosis) ที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่าย

พยาบาลพูดคุยซักถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น หรือโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือสาเหตุอื่น เช่น โรคร่วม เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้านภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล นำปัญหาที่ได้มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันลำดับความสำคัญของปัญหา ตัดสินใจกำหนดเป้าหมายในการดูแล เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

3.3 ขั้นตอนการกำหนดแผน (Planning)

พยาบาลนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้ มาพิจารณา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการคิดและตัดสินใจกำหนดเป้าหมายตามความสำคัญของปัญหา วางแผนกิจกรรมการปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง จากนั้นจึงเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วกำหนดแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย

3.4 ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการจำหน่าย (Nursing intervention)

พยาบาลและผู้ป่วย ร่วมกันปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ ให้ครอบคลุมการปฏิบัติตนตามกิจวัตรประจำวัน และในกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมในแต่ละราย โดยให้ผู้ป่วยหรืออาจมีญาติมีโอกาสเรียนรู้ ฝึกฝนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติจริงจากพยาบาล ด้วยวิธีการสอน สาธิต การให้ฝึกปฏิบัติในเรื่องต่างๆ อาทิเช่น

1) การปฏิบัติตนตามกิจวัตรประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายตามความเหมาะสมของผู้ป่วย การใส่ยา การฉีดยาด้วยตนเอง การ

ดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การติดต่อแหล่งทรัพยากรในชุมชน เช่น การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การวัดความดันโลหิตที่อนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน

2) การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ในด้านการให้ยา อาหาร การสังเกตอาการ และการให้การดูแลเมื่อมีอาการแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง มีไข้ และแผลที่เท้า

3) ให้คำแนะนำหรือให้คำจูงใจผู้ป่วย ด้วยการชมเชยและให้กำลังใจ ในการปฏิบัติ

4) การติดต่อประสานงาน พยาบาลประสานงานการวางแผนจำหน่ายร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระหว่างพยาบาลในเวรที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลกับพยาบาลเวรต่อไป โดยพยาบาลส่งต่อการดูแลแก่พยาบาลหัวหน้าเวรถัดไป และกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลและครอบครัว โดยประเมินปัญหาเพิ่มเติมและค้นหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกับผู้ดูแล รวมทั้งนัดหมายให้ผู้ดูแลหลักเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลในวันถัดไป ตามสภาพปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย และสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5) ประเมินผลหลังปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ บันทึกผลของกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งสิ่งที่ต้องติดตามประเมินให้พยาบาลหัวหน้าเวร ส่งต่อไปยังพยาบาลหัวหน้าเวรต่อไป เพื่อให้การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

6) การปฏิบัติกิจกรรมอาจเป็นพยาบาลคนเดียวเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด แต่ถ้าเกิดมีภาระงานมากในเวรเดียวกัน ให้พยาบาลอื่นเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน และให้การพยาบาลตามที่กำหนดในแผนการพยาบาลจำหน่าย ซึ่งทุกคนสามารถให้การพยาบาลตามแผนแทนกันได้

3.5 ขั้นตอนการประเมินผลทางการพยาบาล (Nursing evaluation)

พยาบาลประเมินผลกิจกรรมแต่ละวันว่า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนหรือไม่ พยาบาลในเวรดีกรรวบรวมข้อมูลทั้งหมดส่งเวรให้พยาบาลเวรเช้า โดยผู้วิจัยร่วมรับฟังการประเมินผล จากข้อมูลที่รายงาน ร่วมกันปรับเปลี่ยนกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพและเหมาะสม โดยพิจารณาปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาไดยังคงเหลืออยู่ หรือมีปัญหาใหม่เกิดขึ้น ต้องย้อนกลับไปเริ่มปฏิบัติตามขั้นตอนใหม่ จนกระทั่งบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ปฏิบัติเช่นเดียวกันนี้ทุกวันอย่างต่อเนื่อง ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรมีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนในด้านต่างๆตามลักษณะปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การใช้ยากินหรือยาฉีด ตลอดจนยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับจากภาวะโรคร่วม จนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ใน

วันผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลแจกคู่มือการดูแลสุขภาพและแบบบันทึกการติดตามตนเองของผู้ป่วย เบาหวานเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านต่อไป

3. 6. ขั้นตอนการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุง/วางแผน บริการในอนาคต โดยการใช้การติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ (Elliott & Reimer, 1998) โดยพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่หรือปัญหาที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำโดยประเมินความต้องการ ภายหลังการจำหน่าย โดยใช้ M-E-T-H-O-D ซึ่งได้แก่

1) M: Medication คือ ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ อย่างละเอียด ได้แก่ ชื่อยา ฤทธิ์ ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ยา การฉีดยาด้วยตนเอง ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้ง ข้อห้ามสำหรับการใช้ยา

2) E: Environment & Economic คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูล เกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่ เป็นต้น

3) T: Treatment คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจปัญหาของการรักษา และมี ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการ ของตนเองและสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอใน การจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง

4) H: Health คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามี ข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้ง ปรับตัวให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

5) O: Outpatient Referral คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมา ตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณี เกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้ ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ซึ่งควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุป และแผนการดูแลอย่าง ต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือได้

6) D: Diet คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารที่สมดุลกับ สุขภาพ ได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ รวมทั้งปรับการรับประทานให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่หรือปัญหาที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยโทรศัพท์ติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 วัน และ 7 วัน หรือมากกว่านั้น ถ้ามีข้อบ่งชี้ ในช่วงระยะเวลา 28 วันจนผู้ป่วยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (Elliott & Reimer, 1998; Cave, 1989) ระยะเวลาในการให้บริการแต่ละครั้งประมาณ 15-20 นาที กำหนดการติดตามประเมินผลการวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในเรื่อง อาหาร ยา การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการมาตรวจตามนัด

ผู้วิจัยบรรยายให้พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยการระดมความคิดเห็น นำมาพิจารณาถึงแนวทางปฏิบัติให้การพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาล ใช้เวลา 60 นาที และการอภิปรายผลการพิจารณาซึ่งการให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการบริการพยาบาล ใช้แนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นศิลปะการบริการอย่างหนึ่งที่จะทำให้ทุกคนในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการทำงาน เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่ได้นำมาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน และยังพบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการทำงาน (Anthony, 1987)

4. การสื่อสารให้พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ ไปทดลองใช้ โดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นผู้ชี้แจงนโยบายให้ทุกคนรับทราบแนวทางการปฏิบัติอย่างทั่วถึง และเป็นไปในทิศทางเป้าหมายเดียวกัน เป็นการสื่อสารที่ตรงกันภายในหน่วยงาน โดยแนวทางปฏิบัติที่ได้สรุปจากการที่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้แสดงความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติร่วมกัน โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Bernard, 1995) ซึ่งได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ การจับคู่ฝึกปฏิบัติ การสถานการณ์จำลอง การสร้างพันธสัญญา ร่วมกันในการแสดงพฤติกรรมให้ได้ตามที่กำหนดร่วมกัน นั้น เนื่องจากจะมีการเรียนรู้ร่วมกันจากการฝึกปฏิบัติกับประสบการณ์เดิม และมีการป้อนข้อมูลกลับเพื่อนำไปพัฒนาร่วมกันต่อไป

กิจกรรมที่ 2 ทดลองปฏิบัติ

พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ไปทดลองใช้ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ คือ ตั้งแต่วันที่ 11 -16 มีนาคม 2551 โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศงาน จัดเวลาขึ้นไปสังเกตการปฏิบัติ รับฟังปัญหา และให้คำแนะนำในการใช้แผนการจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์ ในเวรเช้า 2 ชั่วโมง 5 วันเวรบ่าย 2 ชั่วโมง 5 วัน โดยผู้วิจัยช่วยเหลือให้คำปรึกษา ติดตามควบคุม ให้พยาบาลแต่ละคนได้ปฏิบัติงาน โดยได้เข้าร่วมสังเกตการณ์มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเบาหวาน ทุกวันในระหว่างการดำเนินการทดลอง โดยไม่มี

ส่วนร่วมการทำกิจกรรม มีการสอบถามร่วมกับการใช้เอกสารกำกับการทดลอง การปฏิบัติกิจกรรม พยาบาล ตามขั้นตอนของแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นและ สร้างความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายและการติดตาม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ร่วมกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติตามดังกล่าวทุกวันก่อนรับเวรเช้า เวลา 08.00 น. โดยผู้วิจัยเป็น ผู้นิเทศ เพื่อให้ระบบขับเคลื่อน บทบาทของผู้นิเทศ มีดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ ช่วยเหลือให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีความเป็นอิสระ ในการทำงาน ให้การประเมินผลย้อนกลับ โดยติดตามความก้าวหน้าในการวางแผนจำหน่ายไปใช้ ของพยาบาลทุกวัน ผู้นิเทศจะขึ้นให้คำปรึกษาเมื่อมีการวางแผนจำหน่ายไปใช้ จนกว่าพยาบาลใน แผนกผู้ป่วยทุกคนจะมีความเข้าใจและสามารถใช้ในการวางแผนจำหน่ายได้

2. การสร้างโอกาสและสนับสนุนให้ได้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้มีการพัฒนางานอย่างเต็มที่ โดยการให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจัดเตรียมอุปกรณ์ และอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการสอน สาธิต และการฝึกทักษะ โดยมีการจัดเตรียมอย่างเพียงพอต่อการใช้งานจัดเตรียมเอกสาร และแบบฟอร์มต่างๆ เช่น แบบประเมินความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน แบบ บันทึกรปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน แบบ บันทึกการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์และเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ปฏิบัติในกรณีมีปัญหาในการใช้ แผนการจำหน่ายตลอด 24 ชั่วโมง

3. การใช้ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน สื่อสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และชัดเจนในเป้าหมายของงาน เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยเป็นผู้นำการประชุม อภิปรายร่วมกับผู้ปฏิบัติ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมแก้ไข ปัญหาในที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

4. การชมเชยและให้รางวัลเมื่อสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมาย ให้ความรับผิดชอบ และให้รางวัลสำหรับผู้ทำดี ให้อภัย และยอมรับถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้นผู้วิจัยนัดประชุมพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มย่อยในวันที่ 24 มีนาคม 2551 เพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์และหาแนวทางการ แก้ปัญหาเมื่อมีการนำไปปฏิบัติ ในที่ประชุมได้ตกลงแนวทางการแก้ปัญหาดังนี้

4.1 พยาบาลในบางเวรมีภาระงานมากตามลักษณะ และจำนวนของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ไม่มีเวลาในการใช้การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ บ้านทางโทรศัพท์ ได้อย่างครบถ้วน ผู้นิเทศจะเข้าไปช่วยปฏิบัติงานประจำเพื่ออำนวยความสะดวก ได้มีโอกาสใช้แผนการจำหน่ายได้ครบถ้วน

4.2 แผนการจำหน่ายผู้ป่วย ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติและผู้ดูแลให้ครบถ้วน ดังนั้น พยาบาลคนแรกที่ทำให้การพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด สัญญาณ

ชีพ การตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกระบบ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในบางราย ชักประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน จะเป็นผู้ประเมินแผนการติดตามดูแลทางสุขภาพที่บ้าน นำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยหรือญาติ และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

จากนั้นเริ่มปฏิบัติกิจกรรมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลประเมินผล พร้อมทั้งส่งข้อมูลให้พยาบาลหัวหน้าเวรรับทราบเพื่อส่งเวรต่อให้พยาบาลเวรถัดไป

กิจกรรมที่ 3 นำรูปการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ไปทดลอง ในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คนตามคู่มือที่ได้จัดทำให้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ คือ ตั้งแต่วันที่ 17-24 มีนาคม 2551 สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัย คือ ตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายเป็นเวลา 5 วันหรือจนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับบ้าน และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลจำนวน 27 ข้อ ในในวันสุดท้ายก่อนจำหน่ายไม่เกิน 15 นาที

กิจกรรมที่ 4 การกำกับการทดลอง

ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามขั้นตอนของแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อกำกับการใช้การ การนำบริการพยาบาลโดยใช้แผนการจำหน่ายไปใช้ เป็นระยะเวลา 10 วัน ระหว่างนั้นผู้วิจัยขึ้นให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้แผนการจำหน่ายทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในเวร เช้า 5 ครั้ง เวรบ่าย 5 ครั้ง มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ครั้งที่	กิจกรรม	วันเดือนปี	เวลา
1	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นທີ່ปรึกษา	11 มีค. 2551	8.00 - 14.00
2			16.00 - 20.00
3	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ปรึกษา	12 มีค. 2551	8.00 - 14.00
4			16.00 - 20.00
5	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ปรึกษา	13 มีค. 2551	8.00 - 14.00
6			16.00 - 20.00
7	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ปรึกษา	14 มีค. 2551	8.00 - 14.00
8			16.00 - 20.00
9	สังเกตการปฏิบัติงานจริงและเป็นที่ปรึกษา	15 มีค. 2551	8.00 - 14.00
10			16.00 - 20.00

พยาบาลหรือผู้อายุรกรรมนำแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาลเมื่อพบข้อที่พยาบาลยังไม่ได้ปฏิบัติ ผู้วิจัยให้คำแนะนำ เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์นั้นๆ ได้ถูกต้อง และจากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานจริงและเป็นທີ່ปรึกษา บางครั้งพบว่าพยาบาลมีภาระงานมาก หน่วยงานที่มีการมอบหมายงาน และการประเมินผลจากหัวหน้าหน่วยงานที่ชัดเจนในเรื่องการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพ จะพบการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นขั้นตอนรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมและ การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง

ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมใช้เครื่องมือ แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม จำนวน 35 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีอาการทุเลาแพทย์มีแผนการรักษาให้จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ในวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลจำนวน 27 ข้อ ในในวันสุดท้ายก่อนจำหน่ายไม่เกิน 15 นาที ส่วนการบันทึกระยะเวลาการกลับเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ลงบันทึกจากการรายงานผู้ป่วย

ในพยาบาลกลุ่มควบคุม หลังจากให้บริการพยาบาลในรูปแบบปกติ ในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายตอบ ให้พยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้วยตนเองและส่งคืนผู้วิจัยก่อน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลจำนวน 20 ข้อ ในวันสุดท้ายก่อนจำหน่ายไม่เกิน 10 นาที

ในกลุ่มทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ใช้เครื่องมือวิจัยชุดเดิม จำนวน 35 ราย ตั้งแต่ 11 มีนาคม 2551 – 22 เมษายน 2551 สอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันและวิธีเดียวกันกับก่อนระยะทดลองจนครบจำนวน 35 ราย เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลความพึงพอใจในงานของพยาบาลในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจในงานชุดเดิมกับกลุ่มควบคุม

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

เตรียมการ
ทดลอง (1 เดือน)

1. ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดของ Mckeethun & Coulton (1985) และรูปแบบ METHOD ของ Hucy (1986) แนวคิดการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ของ Elliott & Reimer (1998) ตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์
2. ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เตรียมสถานที่ที่จะทำการทดลอง
4. เตรียมกลุ่มตัวอย่าง → กลุ่มผู้ป่วย / กลุ่มพยาบาล
5. เตรียมโครงการอบรมการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลเรื่อง “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ”



กลุ่มปกติ (1 เดือน)	
ระยะก่อนการดำเนินการทดลอง	
กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 1. เก็บข้อมูลอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน 35 ราย ในกลุ่มควบคุม 2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังผู้ป่วยกลับมาหลังวันนัดหมาย 2 สัปดาห์ 35 รายในกลุ่มควบคุม (Davis and Bush, 1995)	กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 1. เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล (McClelland, 2001)
กลุ่มทดลอง (2 เดือน)	
การดำเนินการทดลอง 1. จัดโครงการอบรมระบบบริการพยาบาล โดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ 2. นำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย พิเศษอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาตามขั้นตอน	
การรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลอง	
กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 1. เก็บข้อมูลอัตราการกลับมารักษาซ้ำหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ 35 ราย 2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ	กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 1. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ((McClelland, 2001)

การทดลอง
(2 เดือน)

พยาบาลหลังการใช้ 35 ราย	2.วิเคราะห์ผล
3.วิเคราะห์ผล	

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไค-สแควร์ และ Paired t-test ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. รวบรวมอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ด้วยการบรรยายประกอบการแจกแจงความถี่และร้อยละ
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในการใช้ของพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้ ด้วยสถิติทดสอบ Paired t - test วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ผู้วิจัยมุ่งศึกษาเรื่องผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน และความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกและแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน สามารถแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้แผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน จำนวนครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (N= 35)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)		หลังการทดลอง (n ₂ =35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	34.29	19	54.29
หญิง	23	65.71	16	45.71
อายุ				
น้อยกว่า 40 ปี	5	14.29	3	8.57
41 - 60 ปี	18	51.42	10	28.57
61 ปีขึ้นไป	12	34.29	22	62.86
สถานภาพสมรส				
โสด	5	14.29	3	8.57
คู่	30	85.71	32	91.43
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	11	31.43	16	45.71
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	40.00	7	20.00
อนุปริญญา/ปวส	-	-	1	2.86
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	20.00	8	22.86
ไม่ได้เรียน แต่อ่านออกเขียนได้	3	8.57	3	8.57
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน				
น้อยกว่า 5 ปี	13	37.14	12	24.29
5 - 10 ปี	11	31.43	14	40.00
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	11	31.43	9	25.71
จำนวนครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล				
ครั้งแรก	9	25.71	10	28.57
ครั้งที่ 2	12	34.29	8	22.86
มากกว่า 2 ครั้ง	14	40.00	17	48.57

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนการทดลองที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามโทรศัพท์ ส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.71 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.29 โดยกลุ่มก่อนการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามโทรศัพท์ ส่วนมากมีอายุ 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.43 กลุ่มหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนใหญ่มีอายุ ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 62.86 ส่วนมากสถานภาพสมรสผู้คิดเป็นร้อยละ 91.43 และ 85.71 ตามลำดับ ในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนมากจบการศึกษาไม่สูงกว่ามัธยมปลาย และส่วนมากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง ในกลุ่มก่อนการทดลองคิดเป็นร้อยละ 40 และในกลุ่มการทดลองคิดเป็นร้อยละ 48.57

ตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มก่อนการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนมากมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยหลังการทดลองมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (N = 35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=35)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	11.43
หญิง	31	88.57
อายุ		
25 - 35 ปี	21	60.00
36 - 45 ปี	12	34.29
มากกว่า 45 ปี	2	5.71
สถานภาพสมรส		
โสด	13	37.14
คู่	22	62.86
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตร/เทียบเท่าปริญญาตรี	35	100.00

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (N = 35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=35)	ร้อยละ
ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงาน		
1 - 5 ปี	17	48.58
6 - 10 ปี	9	25.71
10 ปีขึ้นไป	9	25.71

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดมีการมีการศึกษาระดับประกาศนียบัตร/เทียบเท่าปริญญาตรี และส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.57 อายุระหว่าง 25 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.86 และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงาน 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.57

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้แผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

2.1 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (N = 35)

การกลับมารักษาซ้ำ	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)	หลังการทดลอง (n ₂ =35)	z-test
1. จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ (ราย)	4 Pc = 4/35 = 0.114	1 Pe = 1/35 = 0.028	1.39*

ค่า Z จากตาราง 1.96 (1.96/2 = .98)

* p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่าในการกลับมารักษารักษาของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ จากแบบบันทึกการกลับมารักษารักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2551 (ก่อนทดลอง) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนการทดลองการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์จากตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 35 ราย มีการกลับมารักษารักษา จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.5 และพบสาเหตุของการกลับมารักษารักษาภายใน 28 วัน 4 สาเหตุ คือ 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับมีไข้ไม่ทราบสาเหตุ 2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง 3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง และ 4) ภาวะเจ็บหน้าอกร่วมกับน้ำตาลในเลือดสูง แต่หลังจากที่ได้ใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการทดลองที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน 2551 พบว่า อัตราการกลับมารักษารักษาต่ำลงเหลือ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.86 และพบสาเหตุการกลับมารักษารักษาภายใน 28 วัน ด้วยสาเหตุ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการรับประทานยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เมื่อทำการทดสอบทางสถิติแล้วพบว่าอัตราการกลับมารักษารักษาของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมารักษารักษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 1.39$)

2.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ จำแนกรายด้าน (N= 35)

บริการพยาบาลที่ผู้ป่วย เบาหวานได้รับ	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
	1. ด้านความสามารถในการ ปฏิบัติงาน	4.00	0.60	มาก	4.20	0.47	
2. ด้านการดูแลจิตใจและการ ประสานบริการ	3.93	0.75	มาก	4.20	0.50	มาก	-2.06*
3. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	3.40	0.45	ปาน กลาง	4.17	0.53	มาก	-15.23*
4. ด้านการให้คำแนะนำก่อน กลับบ้านและการติดตามการดูแล สุขภาพ	3.93	0.70	มาก	4.27	0.44	มาก	-2.63*
รวม	3.81	0.54	มาก	4.21	0.42	มาก	-4.06*

* p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่าความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (\bar{X} =4.21 และ 3.81 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพในกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีความพึงพอใจในบริการพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยที่ในกลุ่มผู้ป่วยหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ยกเว้นด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (N= 35)

ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
	1. การปฏิบัติงานของ พยาบาลเป็นแบบอย่าง ทำให้สามารถนำไปใช้ ให้เกิดประโยชน์ได้ใน ชีวิตประจำวัน	4.17	0.79	มาก	4.34	0.59	
2. พยาบาลอธิบายได้อย่าง ชัดเจนในเรื่องโรค สาเหตุของโรค อาการ ขั้นตอนการรักษา และ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง	3.91	0.78	มาก	4.14	0.69	มาก	1.27
3. พยาบาลสามารถ ประสานงานกับทีม สุขภาพเพื่อร่วมกันให้ การดูแลรักษาพยาบาลได้	3.97	0.79	มาก	3.86	0.65	มาก	-0.84
4. พยาบาลเข้าใจความ ต้องการและปัญหาการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็น อย่างดี	3.91	0.74	มาก	4.31	0.53	มาก	2.79*
5. พยาบาลสามารถ ตอบสนองความ ต้องการตามผู้ป่วย คาดหวัง	3.89	0.72	มาก	4.17	0.75	มาก	2.144*

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน (N= 35)

ความพึงพอใจ ด้านความสามารถในการ ปฏิบัติงาน	ก่อนการทดลอง						t-test
	(n ₁ =35)			หลังการทดลอง			
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
6. พยาบาลมีความชำนาญ ในกิจกรรมการพยาบาล ที่ให้แกผู้ป่วย	4.17	0.66	มาก	4.37	0.55	มาก	1.364
รวม	4.00	0.60	มาก	4.20	0.47	มาก	-1.741

* p < .05

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์มีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลมากกว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.20$ และ 4.00 ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (N= 35)

ความพึงพอใจ ด้านการดูแลจิตใจและการ ประสานบริการ	ก่อนการทดลอง						t-test
	(n ₁ =35)			หลังการทดลอง			
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย ด้วยท่าทางที่สุภาพ กิริยามารยาทเหมาะสม	3.89	0.90	มาก	4.37	0.60	มาก	3.02*

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (N= 35)

ความพึงพอใจ ด้านการดูแลจิตใจและการ ประสานบริการ	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
	2. พยาบาลตรวจเยี่ยมและพูดคุย รับฟังปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยเสมอ	4.00	1.00	มาก	4.11	0.72	
3. พยาบาลติดตามผลการรักษา พยาบาลและสามารถ แก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้	3.91	0.92	มาก	4.29	0.67	มาก	2.13*
4. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ พูดคุยซักถาม ปัญหา เสนอความต้องการ และวางแผนการ รักษาพยาบาล	4.00	0.77	มาก	4.26	0.61	มาก	1.66
5. พยาบาลสามารถติดต่อกับ แพทย์หรือทีมสุขภาพอื่นๆ ที่จำเป็นต้องพบได้อย่าง รวดเร็ว	3.83	0.82	มาก	3.97	0.75	มาก	0.78
รวม	3.94	0.75	มาก	4.20	0.50	มาก	-2.05*

* p < .05

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์มีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูง

กว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.20$ และ 3.94)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์ (N= 35)

ความพึงพอใจ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
	1. พยาบาลให้คำปรึกษา หรือและให้ข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยได้ในด้าน พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง	3.80	0.76	มาก	4.11	0.72	
2. พยาบาลให้คำปรึกษาอย่าง มีเหตุผล เข้าใจง่าย และ นำไปปฏิบัติได้จริง	3.94	0.80	มาก	4.31	0.68	มาก	2.19*
3. พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วย ทราบเกี่ยวกับแผนการ ดูแลและกิจกรรมการ รักษาพยาบาลที่จะได้รับ อย่างต่อเนื่อง	3.71	0.67	มาก	4.17	0.75	มาก	2.53*
4. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ระเบียบปฏิบัติต่างๆ ตั้งแต่ แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย	3.97	0.66	มาก	4.17	0.66	มาก	1.19
5. ผู้ป่วยได้รับการกำชับให้ ปฏิบัติตามแผนการดูแล ที่กำหนดไว้ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน	3.77	0.81	มาก	4.46	0.56	มาก	3.86*
รวม	3.40	0.45	ปาน กลาง	4.17	0.53	มาก	-15.21*

* p < .05

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$) และกลุ่มหลังทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 15.21$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ (N= 35)

ความพึงพอใจด้านการให้คำแนะนำ ก่อนกลับบ้านและการติดตามการ ดูแลสุขภาพ	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
	1. พยาบาลให้คำแนะนำการนัด มาตรวจอาการหลังการ จำหน่าย	3.86	1.03	มาก	4.17	0.62	
2. พยาบาลสอบถามอาการและ ความกังวลของผู้ป่วยด้วยความ สนใจ	3.97	0.75	มาก	4.37	0.65	มาก	2.3*
3. พยาบาลพูดจาด้วยน้ำเสียง สุภาพ กระตือรือร้น ให้ความ เป็นกันเอง	3.80	0.93	มาก	4.26	0.56	มาก	2.67*
4. พยาบาลให้กำลังใจและชมเชย เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติดูแลตนเองได้ดี	3.91	0.85	มาก	4.23	0.65	มาก	1.819
5. พยาบาลให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วย ไม่สามารถปฏิบัติตามการดูแล ตนเอง ได้อย่างมีเหตุผลชัดเจน เข้าใจง่ายและไปปฏิบัติตามได้ จริง	4.00	0.73	มาก	4.31	0.47	มาก	2.45*
6. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย สนทนาหรือซักถามเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย	4.09	0.78	มาก	4.34	0.59	มาก	1.78

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ (N= 35)

ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน และการติดตามการดูแลสุขภาพที่ บ้านทางโทรศัพท์	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
	7. พยาบาลสอนวิธีการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนและ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้	3.91	0.82	มาก	4.40	0.55	
8. พยาบาลสอบถามอาการที่ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วย ความสนใจ	4.03	0.71	มาก	4.20	0.53	มาก	1.139
9. พยาบาลยินดี เต็มใจรับฟัง และตอบข้อซักถามปัญหา ต่างๆ ของผู้ป่วย	4.00	0.77	มาก	4.34	0.59	มาก	2.240*
10. พยาบาลเข้าใจความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ป่วยที่ แตกต่างจากคนอื่น	3.71	0.75	มาก	4.06	0.80	มาก	2.09*
11. พยาบาลให้ข้อมูลที่สอดคล้อง กับความต้องการ และการ แก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ ตลอดเวลา	3.91	0.82	มาก	4.31	0.68	มาก	2.07*
รวม	3.93	0.70	มาก	4.27	0.44	มาก	-2.624*

* p < .05

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีระดับความพึงพอใจในบริการ

พยาบาลสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.27$ และ 3.94 ตามลำดับ)

จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลจิตใจและการประสานบริการ และ ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ ยกเว้นด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

3.1 ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ จำแนกตามรายด้าน (N = 35)

ความพึงพอใจในงานของ พยาบาล	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
2. ด้านความสำเร็จ	4.16	0.48	มาก	4.34	0.62	มาก	1.66
3. ด้านอำนาจในการทำงาน	4.05	0.52	มาก	4.27	0.55	มาก	1.91
4. ด้านสัมพันธภาพ	4.06	0.54	มาก	4.38	0.51	มาก	2.67*
รวม	4.09	0.46	มาก	4.33	0.55	มาก	2.24*

* p < .05

จากตารางที่ 9 ความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ($\bar{X} = 4.33$ และ 4.09 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ด้านสัมพันธภาพ ก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ .05 ความพึงพอใจของพยาบาล ด้านสัมพันธภาพหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์ที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ($\bar{X} = 4.38$ และ 4.06 ตามลำดับ) ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลด้านความสำเร็จ และด้านอำนาจในการทำงาน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ด้านความสำเร็จ (N= 35)

ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ด้านความสำเร็จ	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. ความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยได้รับ บริการพยาบาลที่ดี	4.43	0.70	มาก	4.46	0.56	มาก	-2.74
2. มีโอกาสร่วมกับทีมสุขภาพใน การทำงานให้มีประสิทธิภาพ	3.97	0.71	มาก	4.23	0.81	มาก	1.55
3. ได้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่าง เต็มความสามารถแตกต่างจาก งานพยาบาลทั่วไป	3.91	0.82	มาก	4.26	0.78	มาก	1.74
4. การใช้ความรู้ความสามารถใน การแก้ปัญหาการทำงาน	4.09	0.66	มาก	4.43	0.61	มาก	2.32*
5. การได้ทำงานที่ท้าทาย ความสามารถ	3.94	0.73	มาก	4.17	0.71	มาก	1.43
6. ความภาคภูมิใจพึงพอใจใน ความสำเร็จของงาน	4.03	0.71	มาก	4.37	0.65	มาก	2.65*
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อให้บริการพยาบาลที่ ตอบสนองความต้องการที่ แท้จริงของผู้ป่วย	4.34	0.73	มาก	4.40	0.65	มาก	-0.46
รวม	4.16	0.48	มาก	4.34	0.62	มาก	1.667

* p < .05

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในระยะก่อนและหลังการทดลองใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์ มีความพึงพอใจในงาน ด้านความสำเร็จอยู่ระดับมากไม่

แตกต่างกัน โดยหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้การวางแผน
จำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความสำเร็จสูงกว่าก่อนทดลองใช้การ
วางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.34$ และ 4.16 ตามลำดับ)

ตารางที่ 11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล เกี่ยวกับความพึง
พอใจในการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์ ด้านอำนาจในการทำงาน
(N= 35)

ความพึงพอใจของพยาบาล ด้านอำนาจในการทำงาน	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
	1. การได้รับผิชอบร่วมกันในการ ให้บริการพยาบาล	4.26	0.70	มาก	4.26	0.56	
2. การได้บริหารจัดการเกี่ยวกับการ ให้บริการพยาบาล	4.14	0.69	มาก	4.34	0.73	มาก	1.29
3. การจูงใจผู้ร่วมงานให้ร่วมกัน ทำงานตามวัตถุประสงค์ของ หน่วยงาน	3.94	0.59	มาก	4.34	0.64	มาก	2.91*
4. การควบคุมการทำงานให้ผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล	3.80	0.68	มาก	4.17	0.66	มาก	2.25*
5. การให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่ ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ ราย	4.17	0.57	มาก	4.40	0.60	มาก	1.96
6. การเลือกกิจกรรมการดูแลให้ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้	3.97	0.62	มาก	4.11	0.68	มาก	1.00
รวม	4.05	0.52	มาก	4.27	0.55	มาก	1.91

* p < .05

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลก่อนและหลังการทดลองมีความพึงพอใจในการใช้
การวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านอำนาจในการทำงาน

อยู่ระดับมากไม่แตกต่างกัน โดยหลังการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างความพึงพอใจในงาน ด้านอำนาจในการทำงาน สูงกว่า ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.27$ และ 4.05 ตามลำดับ)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ด้านสัมพันธภาพ (N= 35)

ความพึงพอใจของพยาบาล ด้านสัมพันธภาพ	ก่อนการทดลอง (n ₁ =35)			หลังการทดลอง (n ₂ =35)			t-test
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. การยอมรับในด้านความรู้ ความสามารถจากผู้ร่วมงาน	3.91	0.61	มาก	4.31	0.53	มาก	3.05*
2. ความรู้สึกอบอุ่นที่ได้ทำงาน กับทีมที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	3.97	0.62	มาก	4.37	0.60	มาก	2.58*
3. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับ ผู้ร่วมงาน	4.17	0.57	มาก	4.49	0.51	มาก	2.58*
4. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และญาติ ในการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง	4.09	0.66	มาก	4.37	0.65	มาก	1.89
5. การได้รับการยอมรับ ความ ไว้วางใจจากผู้ป่วยเกี่ยวกับการ ปรึกษาข้อสงสัย ปัญหา สุขภาพ	4.14	0.60	มาก	4.37	0.60	มาก	1.75
รวม	4.06	0.54	มาก	4.38	0.51	มาก	2.67*

* p < .05

จากตารางที่ 11 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในระยะก่อนและหลังการทดลอง มีความพึงพอใจในการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ด้านสัมพันธภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลระยะหลังการทดลองมีความพึงพอใจในการใช้การวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ด้านสัมพันธภาพสูงกว่า ในระยะก่อนการทดลองซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ($\bar{X} = 4.38$ และ 4.06 ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย แบบแผนการวิจัยสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group posttest only design) และในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลสองครั้ง (One group pretest posttest design)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

สมมติฐานการวิจัย

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานลดลงหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริการพยาบาลสูงขึ้นหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์
3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงขึ้นหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย** คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าพักรักษาตัว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 70 คน เลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 35 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากการที่พยาบาลผู้ให้บริการได้รับประสบการณ์จากการทดลอง ทำการเก็บข้อมูลจนครบจำนวนทั้งสิ้น 35

รายชื่อเมื่อสิ้นสุดการศึกษาในกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 35 คน และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อตัวแปรตาม โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนหรือคล้ายคลึงระหว่างกลุ่มโดยการจับคู่ (Matched) รายคู่ ด้วยตัวแปร ในด้านอายุ เพศ

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวนทั้งสิ้น 35 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์สำหรับพยาบาล ซึ่งได้ผสมผสานแนวคิดของ McKeehan & Coulton (1985) M-E-T-H-O-D ของ Hucy (1986) และ Elliott & Reimer (1998) มาเป็นเนื้อหากิจกรรมในที่สร้างขึ้น

1.2 โครงการอบรมเรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ

1.3 คู่มือการสอนผู้ป่วยเบาหวาน

1.4 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

1.5 เอกสารที่เกี่ยวข้องในการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สำหรับพยาบาล

1.5.1 แบบประเมินความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน

1.5.2 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน

1.5.3 แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน

1.5.4 แบบบันทึกทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ของพยาบาล

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรง และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้สูตร

Alpha Cronbach's Coefficient ได้ 0.98 และ 0.95 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลองและขั้นประเมินผล

ในขั้นเตรียมการทดลองมีการเตรียมสถานที่ที่จะทำการทดลอง เตรียมบุคลากรทางการแพทย์ เก็บข้อมูลอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ขั้นดำเนินการทดลองมีการนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วย

ขั้นประเมินผล โดยเก็บข้อมูลอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (Statistical Package for the Social Science) โดยนำคะแนนที่ได้มาหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติทดสอบ Paired t – test

สรุปผลการวิจัย

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ลดลงจากอัตราการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ โดยที่อัตราการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ 2.86 % และอัตราการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลในปกติเท่ากับ 11.5% เมื่อทำการทดสอบทางสถิติแล้วพบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 1.39$, ค่า Z จากตาราง = 0.98)

2. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

3. ความพึงพอใจในงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจในงานหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สูงกว่าก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

อภิปรายผลการวิจัย

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ลดลงจากกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานลดลงหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เนื่องจากผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ความช่วยเหลือ และร่วมมือจากพยาบาลและทีมสุขภาพในการให้บริการพยาบาลตามการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการวิจัยของ นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ (2549), ทูลภา บุบผาสังข์ (2545), Elliott & Reimer (1998) และ Leiby & Shupe (1992)

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า พยาบาลมีส่วนสำคัญในการนำบริการพยาบาลที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับบริบท ความต้องการและมาตรฐานการปฏิบัติงานบริการพยาบาล ทั้งเชิงรับและเชิงรุก อย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่องทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ (Elliott & Reimer, 1998; Leiby & Shupe, 1992)

อัตราการกลับมารักษาซ้ำ เป็นผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพที่สะท้อนถึงคุณภาพงานบริการและสามารถสะท้อนถึงคุณภาพทั้งผู้รับบริการและขององค์กร คือ การที่ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่ก่อให้เกิดผลเสียและผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศ เมื่อมีการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นที่ชัดเจนส่งผลให้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพบริการด้านความพร้อมบริการ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และการดูแลอย่างเหมาะสมขององค์กรด้วย (ยุพิน อังสุโรจน์, 2543)

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ.05 โดย คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริการพยาบาลสูงขึ้นหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ผลการวิจัยนี้ตรงกับผลการวิจัยของ กรรณิการ์ เย็นสุข (2544) กฤษณา นราพันธ์ (2544) พรทิพย์ ไตรภัก (2544) และ Crawley (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการวางแผนการดูแล มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

เมื่อพิจารณาทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงขึ้นทุกด้าน และอยู่ในเกณฑ์ความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดตามลำดับ คือ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลด้าน

จิตใจ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายและติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง และพยาบาลที่ได้รับมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยรายนั้น เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และยังติดตามต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อำนวยความสะดวกด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วยมีการตรวจเยี่ยมพูดคุย เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนและกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษา มีการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับคุ้มค่า มั่นใจในบริการที่ได้รับว่ามีคุณภาพทำให้รู้สึกพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับเพิ่มขึ้น

ส่วนในด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน ในเรื่องพยาบาลสามารถประสานกับทีมสุขภาพเพื่อร่วมกันให้การดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งจะเห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยก่อนทดลอง ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 3.97$ และ $\bar{X} = 3.86$ ตามลำดับ) ทำให้อภิปรายได้ว่าพยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะการประสานงานกับทีมสุขภาพ หรือควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่าพยาบาลได้ประสานงานให้ทีมสุขภาพให้มาร่วมกันให้การดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบว่าพยาบาลมีบทบาทในการประสานกับทีมสุขภาพให้มาร่วมดูแลผู้ป่วย

3. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ สูงกว่าก่อนการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

ซึ่งเมื่อพิจารณาความพึงพอใจในงานของพยาบาลรายด้าน พบว่าภายหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้นี้สูงขึ้นทุกด้าน ด้านความสำเร็จ ด้านอำนาจในการทำงาน ด้านสัมพันธภาพ การใช้การวางแผนจำหน่ายและติดตามทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานสูงขึ้นทุกด้าน และอยู่ในเกณฑ์ความพึงพอใจปานกลางถึงมาก

การใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ตามการผสมผสานแนวคิดของ McKeehan & Coulton (1985) , M-E-T-H-O-D ของ Hucy (1986) และ Elliott & Reimer (1998) ทำให้พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษอายุกรรม ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ในการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ภายใต้การ การส่งเสริม การสนับสนุน และการอำนวยความสะดวก จากหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุกรรม ผู้ปฏิบัติงานเกิดความคิดริเริ่ม

สร้างสรรค์และใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความภูมิใจจากการที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน เกิดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่สร้างขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน สร้างความมั่นใจแก่พยาบาลในการบริหารจัดการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งการวางแผนจำหน่ายและติดตามทางโทรศัพท์ ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม ขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติการจัดบริการพยาบาล โดยใช้การวางแผนจำหน่ายและติดตามทางโทรศัพท์ เน้นการสร้างสัมพันธภาพในกระบวนการพยาบาล ถือเป็นลักษณะงานที่มีความท้าทายต่อการนำไปปฏิบัติ จนประสบความสำเร็จสอดคล้องกับแนวคิดของ Harrell (Harrell, 1972 อ้างใน จุริวัฒน์ คงทอง, 2539) กล่าวว่า ความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมายของงาน รายละเอียดของงานตลอดจนมาตรฐานในการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติ มีผลต่อความพึงพอใจในงาน และการบริหารแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล(2546) ที่ศึกษาผลของจัดการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล โดยนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) เปิดโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันสร้างการจัดบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวขึ้น เพื่อใช้ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังผ่าตัด พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดการบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการจัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจในงานเกิดจากองค์ประกอบหลายด้าน งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความพึงพอใจในงานของ McClelland, 2001 มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากแนวคิดความพึงพอใจในงานของ McClelland เป็นแนวคิดที่เน้นการศึกษาความต้องการ และมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล งานบริการหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม มีลักษณะเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของบุคคล มุ่งเน้นการบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมทั้งอยู่ มีลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายฝ่าย พยาบาลที่สามารถให้การบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ก็จะเกิดความรู้สึกภูมิใจ และพึงพอใจในงานที่ทำ McClelland กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความสำเร็จ 2)ด้านอำนาจในการทำงาน 3) ด้านสัมพันธภาพ จากผลการวิจัยเมื่อนำมาพิจารณาทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่าหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ มีคะแนนความพึงพอใจในงานสูงกว่าก่อนการใช้ การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ผลการวิจัยนี้ตรงกับผลการวิจัยของ กฤษณา นราพันธ์ (2544) พิสมัย คุณากรณ์ (2546) สุทธิณี วัฒนกุล (2547) เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) จุรีวัฒน์ คงทอง (2539) Henneman (2002) ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจที่การใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ แก่ญาติและผู้ป่วย มีความชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพการบริการพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบครัวได้มากที่สุด สร้างความประทับใจและพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยผู้วิจัยได้ใช้การวางแผนจำหน่ายแล้วติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์รวม 2 ครั้ง คือ วันที่ 2 และวันที่ 7 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการให้การดูแลสุขภาพแต่ละครั้งประมาณ 15-20 นาที โดยอธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับ โดยคำนึงถึงความต้องการ การรับรู้ ข้อจำกัดและความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองแต่ละคน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด จึงอาจกล่าวได้ว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดีว่าการเสาะแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การซักถามพยาบาลเป็นการสื่อสาร 2 ทาง ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยไม่มีข้อจำกัดทางด้านเวลา ยังเป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเป็นรายบุคคลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เนื่องจากกรูการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ มีการใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และรวบรวมปัญหาที่ยังมีอยู่เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ถึงปัญหา ในการสอน คำแนะนำ ทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสซักถามข้อสงสัย ทำให้ได้รับความรู้จากทางโทรศัพท์ ร่วมกับการแจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองได้นำไปอ่านและทบทวนที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาสั้นๆ ที่จำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับความรู้เรื่องเบาหวานและการดูแลตนเอง เน้นเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สม่ำเสมอ การรับประทานยา การสังเกตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้าและการดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป ของคู่มือ ขนาดกะทัดรัด มีข้อมูลที่นำเสนอ มีรูปภาพสีประกอบ ทำให้เข้าใจง่าย ดึงดูดความสนใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น สะดวกที่จะทบทวนความรู้ด้วยตนเอง จึงเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองที่อยู่ในวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ ซึ่งอาจจะมี ความจำลดลง การมีหนังสืออ่านทำให้สามารถทบทวนได้เมื่อต้องการ ทำให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น และเมื่อมีข้อสงสัยสามารถซักถามหรือสอบถามในเวลาพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยผู้วิจัยโทรศัพท์ไปให้ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม ที่มีแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลหรือมนุษย์ (Human Beings) ว่าบุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบและจงใจ (Deliberate Inputs) ให้กับตนเองและ

ถึงแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการมีชีวิตและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละคน (Orem, 1991) การที่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง ได้รับการวางแผนจำหน่ายจากพยาบาลที่ห่อผู้ป่วย แล้วยังได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากการให้ทางโทรศัพท์ ร่วมกับการได้รับแจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวานไปศึกษาและทบทวนต่อที่บ้าน วิธีการนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความจำในเรื่องความรู้เกี่ยวกับเบาหวานคงทนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการเรียนที่เกินพอ (Over Learning) คือผู้เรียนมีโอกาสใช้เวลาเรียนมากขึ้นในเรื่องที่ซ้ำกัน เพราะถ้าเรียนซ้ำมากกว่าปกติเท่าใด ก็จะมีความคงทนของความจำมากขึ้นเท่านั้น และสอดคล้องกับคำกล่าวของ อัจฉราพร บุญยืน (2541, หน้า 46) ว่า บุคคลจะสามารถเรียนรู้ได้ดี เสมอต้นเสมอปลายเมื่อได้รับแรงเสริมหรือการกระตุ้นเสมอ ๆ (Reinforcement) เพราะทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนต่อเนื่องกันไป ส่งผลให้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมจากสาเหตุความไม่รู้วิธีปฏิบัติตนตามการรักษาพยาบาล

ดังนั้นการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมจากสาเหตุความไม่รู้วิธีปฏิบัติตน และยังส่งผลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวานดีขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่ศึกษาถึงผลของการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์หลังจากได้รับการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ Pozen et al., n.d. cited in Brooten et al. (1991) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ขาดเลือด พบว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการติดตามและการวางแผนจำหน่ายอย่างมี พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มทดลอง McIntosh & Worley (1994) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโรคจิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องลดการป่วยซ้ำ Shu, Mermina, & Nystrom (1994) ศึกษาโปรแกรมการใช้โทรศัพท์ในการสร้างความมั่นใจในผู้สูงอายุหลังจากการวางแผนจำหน่ายออกจากศูนย์ พบว่าโปรแกรมนี้สามารถกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ และสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่ออย่างเหมาะสม Samuel et. (2003) ศึกษาการใช้โทรศัพท์สำหรับการจัดการเรื่องเบาหวานในผู้สูงอายุพบว่า สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความรู้เรื่องเบาหวานเพิ่มมากขึ้น รุ่งทิพย์ ตันทวารวณิช, จิตมา ธรรมสิทธิ์, อุบล รัตนพฤกษ์, ยุพิน แรงเพชร และสุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย (2540) ศึกษาผลของโครงการให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด รวมทั้งสิ้น 57 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โครงการให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์นี้มีประโยชน์ และเป็นที่ต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากการเพิ่มพูนความรู้สร้างความมั่นใจ และอบอุ่นใจในการดูแลตนเอง และบุตรของผู้ป่วยที่บ้าน โดยเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยที่โทรศัพท์กลับมาใช้บริการซ้ำอีกร้อยละ 35 ของผู้ใช้บริการ

สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการให้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะการให้บริการทางพยาบาลโดยการให้การวางแผน

จำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพผ่านระบบการใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางโทรศัพท์ เป็นหนทางหนึ่งที่สามารถสนองความต้องการด้าน (มนัสนิตย์ บุญขรรพ, 2538) และความจำเป็นของแต่ละบุคคลได้มากขึ้น ประกอบกับปัจจุบันการใช้โทรศัพท์เพื่อติดต่อถึงกัน ทำให้สะดวกมากขึ้น รวดเร็ว ใช้งานง่ายและไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายมากนักสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ระบบการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นระบบการสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) จึงอำนวยความสะดวก ทำให้ผู้ป่วยมีความอุ่นใจและมั่นใจ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนจากงานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้ Hagan, Morin, & Lepine (2000) ศึกษาผลของการให้บริการพยาบาลทางโทรศัพท์ที่ศูนย์สุขภาพทางไกลในประเทศแคนาดา พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในบริการสูงมาก Shaul (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามทางโทรศัพท์มาก และนงคณัฐ สุเมธ (2545) ศึกษาผลของการให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญในระดับมากที่สุด ดังนั้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการให้ทางโทรศัพท์ จึงเป็นสื่อกลางที่ช่วยแสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใยต่อสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งให้ความเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและไว้วางใจ ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จึงทำให้ทางโทรศัพท์ สามารถสนองความต้องการผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลได้ในระดับพึงพอใจมาก

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำตามแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning Summary) ของหอผู้ป่วย ประกอบด้วยคำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร ยา กิจกรรม และการออกกำลังกาย ขั้นตอนการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งพบว่าเป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้น ๆ ตามปัญหาหรือเหตุการณ์เฉพาะหน้า เนื้อหาที่ให้คำแนะนำอาจจะไม่ครอบคลุม และบางครั้งไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างแท้จริง รวมทั้งลักษณะการให้ข้อมูล มักเป็นการสื่อสารทางเดียว อาจเนื่องจากระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายน้อย พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ทั้งหมด ประกอบกับการที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้น เวลาในการสอนถูกจำกัด จึงทำให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยถูกจำกัดไปด้วย (Buls, 1995) และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนั้น จะมีความวิตกกังวลสูงจากการเจ็บป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้ทั้งหมด อีกทั้งในวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย ผู้ป่วยและครอบครัวเองก็อาจรีบ และพยาบาลมีเวลาจำกัดความรู้หรือคำแนะนำที่ได้รับ จึงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะทำความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น จนกระทั่งต้องกลับมารักษาซ้ำอีก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่ค่าเฉลี่ยของ

ผลต่างอัตราการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองถึงร้อยละ 5.6 จากการไม่รู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เนื่องจากไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมาก่อน หรือบางคนอ่านหนังสือไม่ออก หรือเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา มีตามัว ทำให้ไม่สนใจที่จะอ่านแผ่นพับหรือโปสเตอร์ที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ ประกอบกับถึงแม้จะอ่านหนังสือได้แต่ไม่สนใจอ่าน ดังนั้นทางโทรศัพท์จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลให้ข้อมูลความรู้และคำปรึกษาแนะนำกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ และอาจเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยผู้วิจัยว่ามีความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานในทางโทรศัพท์ในทางที่ดี และเห็นว่าการให้บริการในนี้เป็นสิ่งที่ดี และเป็นนวัตกรรมใหม่ที่ซึ่งไม่มีหน่วยงานใดทำมาก่อน พยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยผู้วิจัยเห็นว่าการให้บริการนี้น่าจะเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยแสดงความรู้สึกดีใจมากที่พยาบาล โทรศัพท์ไปหา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกล่าวว่า ประทับใจในบริการนี้และต้องการให้มีบริการนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เพราะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะมีผู้คอยดูแล และให้คำปรึกษาตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะเป็น การดูแล และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ก็ตาม ซึ่งอธิบายได้ว่า ทางโทรศัพท์เป็นการสร้างสร้งงานเกี่ยวกับ ช่วยให้การขยายขอบเขตการติดตามอาการ การประเมินสภาพ และให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมพื้นที่หลังจากมีการวางแผนจำหน่ายมากขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการไปเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข (Kinsella, 2000) และยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการและครอบครัวดีขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ใช้บริการ เพราะว่าพยาบาลสามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว และครอบคลุม (Jenkins & McSweeney, 2001) นอกจากนี้ยังเป็น ยุทธศาสตร์การบริการเชิงรุก และเป็นกลยุทธ์เชิงธุรกิจทางหนึ่ง ในการส่งเสริมงานการพยาบาลให้เกิดความต่อเนื่อง (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษย์, 2541) ในลักษณะที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีมีความพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการ (Janowski, 1995) เกิดการเสริมแรงในการดูแลตนเอง ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

ส่วนประเด็นปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ที่พยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยผู้วิจัยเสนอมานั้น เป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยน พัฒนาให้มีความยืดหยุ่น สอดคล้อง และอำนวยความสะดวก ให้การบริการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด นั่นคือผู้ให้บริการได้รับการดูแลให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัย

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์เป็นการพยาบาลที่มีความสำคัญ เพราะเป็นบริการที่ลงทุนต่ำ แต่ให้ประโยชน์คุ้มค่า และเมื่อดำเนินการ

โดยมีการวางแผนด้วยความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพแล้ว จะเป็นการช่วยพัฒนา ส่งเสริม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยต้องการความมั่นใจ กำลังใจ และแรงจูงใจ จึงจะกระทำได้สำเร็จและต่อเนื่อง ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ดังนั้นผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ จะช่วยให้ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและของพยาบาลและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น และยังเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพียงพอที่จะตอบสนองการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับภาวะของโรค

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ มาใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้อัตราการกลับมารักษา ลดลง ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงาน ของพยาบาล สูงขึ้น ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรส่งเสริมให้มีการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อเป็นการสำรวจเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ในหน่วยงานที่จะมีการนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ไปใช้
3. ผู้บริหารควรพิจารณาประกาศเป็นนโยบายและให้การสนับสนุนงานวิจัยเพื่อให้เกิดบรรลุผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหาร

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล ดังนั้นผู้บริหาร โรงพยาบาลควรจัดให้มีแผนและนโยบาย ให้มีการนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านทุกราย รวมทั้งงบประมาณ เพื่อส่วนหนึ่งของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น
2. ส่งเสริมให้มีการนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยเบาหวาน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดการฝึกอบรม จัดสรรบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ

ให้เหมาะสม เช่น จัดตั้งให้เป็นหน่วยงานพิเศษ หรือกำหนดเป็นนโยบายให้นำการวางแผนจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์เป็นงานประจำของโรงพยาบาลที่หออผู้ป่วย

ด้านการบริการ

1. หออผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเบาหวานควรนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย โดยจัดให้มีการอบรมบุคลากรที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ตามคู่มือ เนื่องจากนี้ใช้ได้ผลดี และบุคลากรทางการพยาบาลในแต่ละหออผู้ป่วยสามารถทำได้

2. บุคลากรทางการพยาบาล สามารถประยุกต์การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวานไปใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคผิวหนัง ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน เช่น สายสวนปัสสาวะ ท่อหลอดลมคอ สายยางให้อาหาร โดยปรับการบริการตามความจำเป็นและความเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและการประเมินของพยาบาล

3. คลินิกผู้ป่วยนอกเบาหวาน ควรนำการวางแผนจำหน่ายและการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวานไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยนอก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการให้บริการอย่างต่อเนื่องอื่นๆ เช่น การใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามโดยบุคลากรสาธารณสุข ทางคอมพิวเตอร์ผ่านอินเทอร์เน็ตเพื่อการศึกษาความคุ้มค่าและประสิทธิผล

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในงานวิจัยนี้กับการช่วยเหลือในงานวิจัยอื่นๆ หรือควรมีการสังเคราะห์งานวิจัย (Meta-Analysis) เกี่ยวกับการพยาบาลต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินอิทธิพลของการพยาบาลเหล่านั้นต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้สามารถเลือกและวิธีการพยาบาลที่มีประสิทธิผลมากที่สุด

3. ควรทำการศึกษาวิจัยใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น เพื่อให้ได้ทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิผลเหมาะสมกับโรค

4. ควรทำการศึกษาผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยเป็น 1 เดือน หรือ 2 เดือน เพื่อศึกษาการคงไว้ของความรู้และพฤติกรรมที่ได้ปรับเปลี่ยน การควบคุมโรคเมื่อระยะเวลาผ่านไป และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

แม้ว่างานวิจัยนี้จะแสดงให้เห็นถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ของประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพการ แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. เนื่องจากระยะเวลาของการศึกษามีเวลาน้อย การประเมินการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นการประเมินการควบคุมโรคที่ทราบผลซ้ำ และสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคได้ในระยะยาวได้ไม่ถี่นัก
2. งานวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันของลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษาได้ เนื่องจากมีระยะเวลาในการศึกษาน้อย และมีความจำกัดของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในสภาพจริงที่ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและของพยาบาล เช่น การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือสื่อความรู้เกี่ยวกับเบาหวานจากแหล่งอื่น ๆ นอกเหนือจากการให้ทางโทรศัพท์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- กนกพร คุปตานนท์. (2539). ผลของการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาล: การศึกษาเฉพาะกรณีหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษฎา แสงวงศ์ ชีรพร สติรอังกูร และเรวดี ศิรินคร.(2539) แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะคีโตอะซีโดซิสจากเบาหวาน. ในการพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ตรีนิตสาร.
- จิตติมา ธรรมสิทธิ์, สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย, เตือนตา แก้วประสิทธิ์, เตือนใจ ยิ้มดี, นวพร เหมือนเงิน และวิภา เกตพันธ์. (2540). โครงการเยี่ยมบ้านผ่านโทรศัพท์. ในการประชุมวิชาการประจำปี ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 9 เรื่องทิศทางการให้บริการพยาบาลสู่ทศวรรษหน้า วันที่ 15-16 พฤษภาคม ณ ห้องประชุมมหิตยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 (หน้า 86-91). ม.ป.ท.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2543). ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2537). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : พับบิขังการพิมพ์
- บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2544). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ในสมจิตร หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ (ฉบับปรับปรุง) หน้า 144 กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง
- ประภัสศรี ชาวงษ์. (2535). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2546). เวชระเบียนผู้ป่วยใน กลุ่มงานอายุรกรรม.
พระนครศรีอยุธยา : โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- พรทิพย์ เกษุรานนท์. (2539).รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัด
ของโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2539-2549).
วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิวา อินทร์พรหม. (2539). ผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการ
ดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์ (2531). การศึกษาความรู้คุณค่าและการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. (2542). การนิเทศและสอนการพยาบาลในคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี:
มหาวิทยาลัยบูรพา
- ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. (2539). แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : หมอ
ชาวบ้าน
- พาริดา อิบราฮิม. (2542). สาระการบริหารการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนา
ตำรา สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- มนัสสินธุ์ บุญยธรรมพ. (2538). ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน. สาร
สภากาพยาบาล, 10(3): 44-61
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2541). ผลการติดตามโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวชบัณฑิต
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊ค
พับลิเคชันส์
- รุจา ภูไพบูลย์. (2537). การดูแลสุขภาพที่บ้าน: แนวคิดพื้นฐานสำหรับอนาคต. ในการประชุม
วิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนคริน
ทราบรมราชชนนี ครั้งที่ 9 เรื่อง “ครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์ต่อบทบาทพยาบาลที่ก้าว
ไกล” (หน้า 52-59). นครปฐม: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล

- วนิดา ชุกกลิ่น. (2534). ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาล
สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนวคิดและการ
ประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลา ดันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี, (2540). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ในสมจิตร หนูเจริญกุล
(บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 241-266).
กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง
- วิทยา ศรีดามา. (2541). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ยูนิตี พับลิเคชั่น
- วิทยา ศรีดามา. (2542). โรคเบาหวาน. ในวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 3. (พิมพ์
ครั้งที่ 3, หน้า 450-461). กรุงเทพฯ: ยูนิตี พับลิเคชั่น.
- วิทยา ศรีดามา และพันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์. (2541). การวินิจฉัยและแบ่งประเภทของโรคเบาหวานใน
วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (หน้า 1-2). กรุงเทพฯ
ยูนิตี พับลิเคชั่น.
- ศรีสุดา รัศมีพงษ์. (2537). บทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาล
สาธารณสุข. 8(1): 50-56.
- ศุภชัย นवलสุทธิ. (2542). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ และ
โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัย
ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมเกียรติ วงศ์ทิม, และชัยเวช นุชประยูร. (2542). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในสมเกียรติ วงศ์ทิม, และ
วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ) ตำราโรคปอด 1 โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: ยูนิตี
พับลิเคชั่น
- สมพร ศิริเต็มกุล และจุฬาทรร ตั้งตระกูล. (2538). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้
ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศูนย์
ขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร, 19(3): 8-19
- ศุคนธา รัตโน. (2543). การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของวิชาชีพในภาคใต้. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศุรีย์ จันทรโมลี. (2535). ประสิทธิภาพของการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎี
บัณฑิต ภาควิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). ทฤษฎีเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุวิทย์ จันทระเสริฐ. (2539). เบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุศาสตร์ 3 (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 489-491). กรุงเทพฯ: โครงการตำราอายุศาสตร์.
- สมศักดิ์ สิ้นเสถียรพร อุบล บุสมศักดิ์ สิ้นเสถียรพร และอุบล บุญรอด. (2541). ประสิทธิภาพการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการดูแลตนเองและควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี, 9(3): 25-39.
- สมหมาย ยาสุมุท. (2536). การช่วยตนเองเป็นมาตรฐานสำคัญในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารผู้สูงอายุ. 12: 18-20.
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2543). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. นนทบุรี: สำนักพิมพ์พัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2540). สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุพัตรา ภูมิแดนดิน. (2534). ประสิทธิภาพของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย. (2538). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรนุช คล่องเชิงสร. (2528). หน้าที่ของโทรศัพท์ต่อชีวิตครอบครัวที่อยู่ในเมืองไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, ภาควิชาการประชาสัมพันธ์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุศาสตร์ เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 269-286). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- อรอนงค์ อินทรวิจิตร และนรินทร์ กรีนชัย. (2538). การให้คำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์. กรุงเทพฯ: ปกเกล้าการพิมพ์.

- อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ. (2537). ผลการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ วิชญาณรัตน์. (2537). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิด NIDDM. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ) โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป 2 (หน้า1-10). กรุงเทพฯ: โครงการตำราอายุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราพร บุญยืน. (2541). ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Diabetes Association. (1994). **Standards of medical care for patient with diabetes mellitus.** Diabetes Care, 17(5): 616-623.
- Alezander, L.L., & Larose, J.H. (1994). **New dimentions in women's health.** Boston: Jones and Bartlett.
- Black, J.M., & Jacobs, E.M. (1993). Luckmam and sorensen's medical-surgical nursing: A psychophysiologic approach (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Brennan, P.F. (1999). **Harnessing, innovative technologies: What can you do with a shoe?** Nursing Outlook, 47(3): 128-132.
- Brooten, D., Gennaro, S., Knapp, H., Jovene, N., Brown, L., & York, R. (1995). **Functions of the CNS in early discharge and home follow up of very low brithweight infants.** Clinical Nurse Specialist, 5(4),196-201.
- Brown, M. (1992). **Nursing management: Issues and ideals:** Health care management review. Maryland: Aspen Publication.
- Buls,P.(1995).**The effect of home visit on anxiety levels of the client with a coronary artery bypass graft and of the family.** Home Healthcare Nurse,13: 1X 22-29.
- Cave L. A. (1998). Follow-up phone calls after discharge. **American Journal of Nursing**, 89(7): 942-943
- Davis, K. (1967). **Human relation at work: The dynamic of organizational behavior.** New York: McGraw Hill.
- Dunning. (1994). **Care of people with diabetes: A manual of nursing practice.** London: Blackwell Scientific Publication.
- Elliott S. & Reimer C. (1998). Postdischarge telephone follow-up program for breastfeeding preterm infants discharge form a special care nursery. **Neonetal Network.**17(6): 41-45

- Evan C.(1995). **Postpartum home care in United States**. JOGNN 24(2): 180-186.
- Haddock, K.S (1994) Collaboration discharge planning: Nursing and social service. **Clinical Nurse Specialist**, 8(5).248-252
- Hagan L. Morin D. & Lepine R. (2000). Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction self-care practices, and cost saving. **Public Health Nursing** 17 (4): 305-313.
- Hill, L., & Smith, N. (1985). **Self-care nursing**. New Jersey: Prentice Hall.
- Hunter, E. F. (2000). Telephone support for persons with chronic mental illness. **Home Healthcare Nurse**, 18(3): 172-179.
- Kinsella, A. (1997). **Telehealth and home care nursing** . Home Healthcare Nurse, 15 (11): 796-797.
- JCAHO.(1993). Characteristics of clinical indicators. **Quality Review Bulletin**, 15 (11): 330 - 339
- Jackson, M.F. (1994). Discharge planning : Issues and challenges for gerontological nursing a critique of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, 19(3): 492-502.
- Lile, J.L., & Borgeson, I. (1998). Discharge planning implications for staff development Education. **Journal of Nursing Staff Development**, 14 (1): 47-51.
- Long, B. C., Phipps, W.J., & Cassmeyer , V. L. (1993). **Medical surgical nursing : A Process approach**. St. Louise : Mosby.
- Lowenstein, A.L., & Holf, P.S. (1994). **Discharge planning : A study of nursing staff Involvement**. JONA, 24 (4): 45-50.
- Marthinson , I.M., & Widmer , A. (1989). **Home health care nursing**. Philadelphia : W.B. Saunders.
- McGinley, S. (1996). A multidisciplinary approach to discharge planning : Developing a Process. **Nursing Administration**, 27(10): 55-60
- McBride, C. M., & Reimer, B. K. (1999). Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. **Patient Education and Counseling**, 37: 3-18
- Mcintosh, J., & Worley, N. (1994). Beyond discharge: Telephone follow-up and after care. **Journal of Psychosocial Nursing** , 30(10): 21-27.
- McKeehan, K.M.(1981), Continuing care : **A multidisciplinary approach to discharge planning**. St. Louis: **The C.V. Mosby**.

- McKeehan, K.M., & Coulton, C.J. (1985) **A system approach to program development for continuity of care in hospital.** In Continuity of care: Advance the concept of discharge planning. St Louis Mo: Grune & Stratton Orlanedo Floride.
- Patel,M., Potter, J., Perez., I., & Kala, L. (1998). **The process of rehabilitation and discharge planning in stroke: A controlled comparision between stroke units.** ProQuest Nursing Journals, 2484-88.
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care setting. **Nursing Research**, 24(1), 45-
- Shaul, M. P. (2000). What you should know before embarking on telephone health:Lessons Learned from a pilot study. **Home Healthcare Nurse**, 18(7): 470-475.
- Shu, E., Mermina, Z., & Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly home care clients after discharge. **Home Healthcare Nurse**, 14 (3): 155-161.
- Stricklin, M. L. V., Jones, S., Niles, S. A. (2000). Home talk/healthy talk:Improving patients health status with telephone technology. **Home Healthcare Nurse**: 18(1),53-61.
- Ware, J. E. et al.(1978). **The measurement and meaning of patient satisfaction.** Health & Medical Care Services Review, 1(1): 1-25.
- Williams, S. R. (1999). Essentials of nutrition and diet therapy (7th ed.). Missouri: Mosby. Orem,
- D. E. (1991). **Nursing: Concepts of Practice** (4th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Youssef, F.A. (1987). Discharge planning for psychiatric patients : The effects of a familypatient teaching program. **Jounal f Advanced Nursing**. 12(5): 611-616.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบ คู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เอกสารที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล จำนวน 5 คน ได้แก่

ชื่อผู้เชี่ยวชาญ	ตำแหน่งทางวิชาการ
1. ดร. ชูดี เกตุสัมพันธ์	- พยาบาลเชี่ยวชาญระดับ 9 - หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพพยาบาล - ผู้ช่วยคณบดีด้านพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลศิริราช
2. ดร. รัตนา จารุวรรณ	- อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
3. ผศ. ดร. ประนอม รอดคำดี	- อาจารย์บางเวลา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางพรทิพย์ รัตนวิชัย	- รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
5. น.ส. รัชชิตา ตันตวิรสกุล	- พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา อายุร ศาสตร์ ศัลยศาสตร์ (อายุรศาสตร์) โรงพยาบาลบ้านโป่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11 /

วันที่ กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินิพนธ์สร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ชื่อนิสิต

นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ โทร. 0-3532-2555 ต่อ 7520

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดีด้านพัฒนาคุณภาพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ผู้นิสิต นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ โทร. 0-3532-2555 ต่อ 7520

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ดร. รัตนา จารุวรรณ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. รัตนา จารุวรรณ

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ชื่อนิสิต นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ โทร. 0-3532-2555 ต่อ 7520

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางพรทิพย์ รัตนวิชัย รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางพรทิพย์ รัตนวิชัย

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ผู้นิสิต

นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ โทร. 0-3532-2555 ต่อ 7520

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรัชชิตา ตันติวรสกุล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวรัชชิตา ตันติวรสกุล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ชื่อนิสิต นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ โทร. 0-3532-2555 ต่อ 7520



ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ตัวอย่างข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตัวอย่างใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ ที่อยู่ 55/5 หมู่ 3 ตำบลคลองสวนพลู อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและมีสิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีความผิดต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้งบเงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....

สถานที่/วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

.....

(นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

พยาน

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับพยาบาลวิชาชีพ)

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ ที่อยู่ 55/5 หมู่ 3 ตำบลคลองสวนพลู อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใดต่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์)

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

2. ชื่อผู้วิจัย นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตำบลประตูชัย

อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(ที่บ้าน) 55/5 หมู่ 3 ตำบลคลองสวนพลู อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 035-322555 ต่อ 7520 โทรศัพท์มือถือ 089-242-0053

E-mail : onnom_noi@hotmail.com

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยควรประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ที่ ศึกษา ผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมา รักษาซ้ำ ของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบอัตราการกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและหลังการ ใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มก่อนและ หลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

3. เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลระยะก่อนและหลังการใช้การ วางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

5. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ทำการคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง

5.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำเป็นต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วย แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้ดูแลในการเข้าร่วมวิจัย จำนวน 70 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติก่อน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้านใน

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยหน่วยงานเวชกรรมสังคมตามแบบฟอร์มที่กำหนด และจะได้รับการบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัย คือ ตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลจำนวน 27 ข้อ ในวันสุดท้ายก่อนจำหน่ายไม่เกิน 15 นาที

5.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆในแต่ละวันอย่างชัดเจน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การให้ข้อมูลต่างๆในการปฏิบัติตนและการฝึกทักษะในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล การเตรียมพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลจะกระตุ้น ชี้แนะ และให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยติดตาม 2 ครั้ง คือวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่ายหรือภายใน 28 วัน หากผู้ป่วยยังคงมีปัญหาทางสุขภาพที่ต้องติดตามหรือให้คำปรึกษา ซึ่งใช้เวลาครั้งละ 15 -20 นาที และจะได้รับการบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัย คือ ตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายเป็นเวลา 5 วันหรือจนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับบ้าน และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลจำนวน 27 ข้อ ในในวันสุดท้ายก่อนจำหน่ายไม่เกิน 15 นาที

5.2 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 35 คน มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ในโครงการนานประมาณ 2 เดือน ได้รับการอบรมการพัฒนากระบวนการพยาบาลเรื่อง “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ” และทำการตอบแบบสอบถามประเมินระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล จำนวน 20 ข้อ ไม่เกิน 10 นาที ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน รวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงจัดให้มีผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแทนเพื่อป้องกันความลำเอียง

6. ถ้าพบผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มีอาการอ่อนเพลียมาก หมดสติหรือเกิดอาการผิดปกติอื่นๆ ที่เกิดขึ้นขณะดำเนินตามกระบวนการการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ ตามแผนการดูแลจะได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจรักษาจากแพทย์ทันที

และถ้าแพทย์พิจารณาว่าถ้าเข้าร่วมการวิจัยต่อไปอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย จะได้รับการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

7. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจน ส่งผลเสียต่อการปฏิบัติงาน หรือมีการละเมิดสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถจะยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

8. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ ได้ตลอดเวลาโทรศัพท์ 089 - 242-0053 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุ ชื่อ - นามสกุล ลงในแบบประเมินจะใช้รหัสแทนชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมส่วนชื่อ และที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอภายหลังวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้อง

11. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 35 คน และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 35 คน



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ผลของการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล คำชี้แจง เครื่องมือในการทำวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1. โครงการอบรมเรื่อง การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ
 2. คู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สำหรับพยาบาล
 3. คู่มือการสอนผู้ป่วยเบาหวานสำหรับพยาบาล
 4. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
 5. เอกสารที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย
 - 5.1 แบบประเมินความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
 - 5.2 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
 - 5.3 แบบสรุปแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน
 - 5.4 แบบบันทึกการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน
2. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย
3. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ของพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โครงการอบรมเรื่อง การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ

โครงการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

เรื่อง

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์
เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ

(Discharge Planning and Telephone Follow Up for Quality of Nursing Care)

หลักการและเหตุผล

.....

.....

.....

เป้าหมาย

.....

.....

วัตถุประสงค์

.....

.....

ระยะเวลาของโครงการ

.....

.....

ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....

.....

.....

ที่ปรึกษาโครงการ

.....

.....

2. คู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สำหรับพยาบาล

คู่มือการวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ทางโทรศัพท์ สำหรับพยาบาล



จัดทำโดย

นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

: รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. คู่มือการสอนผู้ป่วยเบาหวานสำหรับพยาบาล

.....

วัตถุประสงค์

.....

แนวทางการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและการวินิจฉัยการพยาบาล

.....

ขั้นตอนการดำเนินการ	กิจกรรมของพยาบาล	กิจกรรมของผู้ป่วย
1. การสร้างสัมพันธภาพ.....	- มีการ ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยการ.....	- ร่วมสนทนากับพยาบาล
10. การวิเคราะห์ปัญหา	-

4. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

.....

.....

วัตถุประสงค์

.....

.....

แนวทางการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและการวินิจฉัยการพยาบาล

การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ โดยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในการติดต่อสื่อสารด้วยวาจา แลกเปลี่ยนข้อมูลและการรับรู้ซึ่งกันและกัน ประกอบด้วยกิจกรรมของพยาบาลและของผู้ป่วย ตามขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ	กิจกรรมของพยาบาล	กิจกรรมของผู้ป่วย
1. การสร้างสัมพันธภาพ.....	- มี ก า ร ป ฏิ สัม พันธ์ กั บ ผู้ป่วย	- ร่วมสนทนากับ
....10. การวิเคราะห์ปัญหา	-

5. เอกสารที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

5.1 แบบประเมินความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง(.....)

หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านที่สุด

ข้อมูลทั่วไป

.....

การดูแลสุขภาพที่บ้าน

.....

การประเมินความต้องการหลังการจำหน่าย

1. การใช้ยา (Medication)

.....

2. สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย (Environment & Economic)

.....

3. การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล (Treatment)

.....

4. การจัดการภาวะสุขภาพ/ปรับวิถีการดำเนินชีวิต (Health)

.....

5. การติดต่อ สถานที่ บุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือ (Outpatient Referral)

.....

6. การรับประทานอาหาร (Diet)

.....

สรุปความต้องการและรายละเอียดในการวางแผนจำหน่าย

ความต้องการ	รายละเอียด
<input type="checkbox"/> การใช้ยา (Medication)	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	

ชื่อผู้ประเมิน.....

ตำแหน่ง.....

วันที่เวลา.....

5.2 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรม/ ความรู้ที่ให้แก่ ผู้ป่วยและ ญาติ	สื่อที่ ใช้	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
		ผล/ผู้ปฏิบัติ	ผล/ผู้ปฏิบัติ	ผล/ผู้ปฏิบัติ	ผล/ผู้ปฏิบัติ	ผล/ผู้ปฏิบัติ
ความรู้เรื่อง โรค/สาเหตุ/ อาการ/การ รักษา/ภาวะ แทรก ซ้อน	VCD	<input type="checkbox"/> เข้าใจ ทั้งหมด <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ เรื่อง..... ลงชื่อ ...	<input type="checkbox"/> เข้าใจ ทั้งหมด <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ เรื่อง..... ลงชื่อ ...	<input type="checkbox"/> เข้าใจ ทั้งหมด <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ เรื่อง..... ลงชื่อ ...	<input type="checkbox"/> เข้าใจ ทั้งหมด <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ เรื่อง..... ลงชื่อ ...	<input type="checkbox"/> เข้าใจ ทั้งหมด <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ เรื่อง..... ลงชื่อ ...
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ

1. โปรดเรียงลำดับเรื่องหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยเข้าใจ/ทำได้ ก่อนหลัก
2. ผู้ป่วยทำความเข้าใจครบทุกเรื่องภายในกี่วัน.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.3 แบบสรุปรูปแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน

ชื่อ-สกุล	การวินิจฉัยโรค	ภาวะแทรกซ้อน	วันที่รับ / จำหน่าย	ชื่อวินิจฉัยการพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล	การรักษา ยา อุปกรณ์สอดใส่ติดตัว

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า		ปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	สถานที่พักและหมายเลขโทรศัพท์
	วันที่Admit	วันนัดมาตรวจ		

5.4 แบบบันทึกการติดตามการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์

ครั้งที่/วัน/เวลาที่เริ่มการสนทนาทางโทรศัพท์	ข้อมูล/อาการจากคำบอกเล่า	ปัญหาและแผนการดูแล	การให้คำแนะนำและการช่วยเหลือ

เวลาที่สิ้นสุดการสนทนา	ผลการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์	แผนการดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ครั้งต่อไป	ข้อมูลที่ผู้ป่วยโทรศัพท์กลับในกรณีที่มีปัญหาจากแนวทางการแก้ไขที่ร่วมกันกำหนด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน

อันดับที่	HN	AN	ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย	วันที่เข้ารับ การรักษา

สาเหตุของการมา นอนโรงพยาบาล ครั้งนี้	วันที่จำหน่าย	วันที่กลับ มารักษาซ้ำ	สาเหตุของการ กลับ มารักษาซ้ำ	วันที่นัดมาตรวจ

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมข้อความลงในช่องว่าง(.....)

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3.
4.
5.
6.
14. วันที่แพทย์นัดตรวจครั้งต่อไป.....

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อบริการพยาบาลที่ได้รับจากพยาบาลที่ให้การดูแลท่านในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแห่งนี้มีทั้งหมด 27 ข้อ

โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องทางขวามือแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคะแนนมีความหมายดังนี้

5 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความนั้นในระดับ

มากที่สุด (ร้อยละ 80-100)

4 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความนั้นในระดับ

มาก (ร้อยละ 60-79)

3 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความนั้นในระดับ

ปานกลาง (ร้อยละ 40-59)

2 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความนั้นในระดับ

น้อย (ร้อยละ 20-39)

1 หมายถึง ท่านพึงพอใจในบริการพยาบาลตามข้อความนั้นในระดับ

น้อยที่สุด (ร้อยละ 0-19)

บริการพยาบาลที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน					
1. การปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นแบบอย่างทำให้ท่านสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ในชีวิตประจำวัน					
2. พยาบาลอธิบายได้อย่างชัดเจนในเรื่องโรค สาเหตุของโรค อาการ ขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง					
.....					
.....					
.....					
26. พยาบาลเข้าใจความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่แตกต่างจากคนอื่น					
27. พยาบาลให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการ และการแก้ปัญหาของท่าน					

ได้ตลอดเวลา					
-------------	--	--	--	--	--

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ของพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “รูปแบบการวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ของพยาบาล” แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอน ดังนี้คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ตามความเป็นจริง แต่ละข้อความเพียงข้อเดียว

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 - ประกาศนียบัตร / เทียบเท่าปริญญาตรี
 - ปริญญาโท
 - อื่นๆ (ระบุ).....
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในหน่วยงาน.....
6. ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลในโรงพยาบาล
 - 1- 5 ปี 6-10 ปี 10 ปีขึ้นไป
 ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้
 - 1- 5 ปี 6-10 ปี 10 ปีขึ้นไป

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพมีทั้งหมด 20 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาทีละข้อ และ โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือท้ายแต่ละข้อตามความคิดเห็นของท่าน เพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคะแนนมีความหมาย ดังนี้

5 หมายถึง หมายถึง ท่านพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ตามข้อความนี้ในระดับมากที่สุด (81-100%)

4 หมายถึง หมายถึง ท่านพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ตามข้อความนี้ในระดับมาก (61-80%)

3 หมายถึง หมายถึง ท่านพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ตามข้อความนี้ในระดับปานกลาง (41-60%)

2 หมายถึง หมายถึง ท่านพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ตามข้อความนี้ในระดับน้อย (21-40%)

1 หมายถึง หมายถึง ท่านพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ตามข้อความนี้ในระดับน้อยที่สุด (1-20%)

การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย และการติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ความพึงพอใจด้านความสำเร็จ					
1. ท่านมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่ดี					
2. ท่านมีโอกาสร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่ท่านเคยทำมาก่อน					
.....					
.....					
19. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง					
20. ท่านได้รับการยอมรับ ความไว้วางใจจากผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรึกษาข้อสงสัย ปัญหาสุขภาพ					



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างตารางวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรม SPSS

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Reliability Patient's satisfaction

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****
 R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
A1	112.7667	283.9092	.6417	.9748
A2	112.9667	281.8264	.7332	.9743
A3	112.9667	282.5161	.7055	.9744
A4	113.0000	285.6552	.5988	.9750
A5	113.0000	282.0690	.8008	.9739
A6	112.8000	285.4069	.6857	.9745
B7	112.9667	278.0333	.7930	.9739
B8	112.8333	275.5230	.8211	.9738
B9	113.0000	280.8966	.7061	.9744
B10	112.9000	279.9552	.8156	.9738
B11	113.1000	280.8517	.6948	.9745
C12	113.1333	283.6368	.6504	.9747
C13	112.9000	279.8862	.8184	.9738
C14	113.0000	280.6207	.7577	.9741
C15	113.2333	284.0471	.7312	.9743
C16	112.9000	286.5759	.6952	.9745
C17	113.1333	281.3609	.6989	.9745
C18	112.9000	283.0586	.7378	.9743
D19	112.9667	276.7920	.7330	.9744
D20	113.0333	278.9989	.7576	.9741
D21	112.8667	280.3954	.8931	.9735
D22	112.9667	278.3782	.7803	.9740
D23	112.7667	279.6333	.8658	.9736
D24	112.9667	277.6885	.8496	.9736
D25	113.0000	276.2069	.8385	.9736
D26	112.9000	282.0241	.7824	.9740
D27	112.8667	282.8782	.7258	.9743
D28	113.2000	280.7172	.7820	.9740
D29	112.9667	281.6195	.6988	.9745

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 29

Alpha = .9751

Reliability ด้าน4 การให้คำแนะนำ

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****
 R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
D19	40.4667	43.0161	.7335	.9529
D20	40.5333	43.9126	.7621	.9509
D21	40.3667	44.6540	.8900	.9471
D22	40.4667	43.6368	.7891	.9498
D23	40.2667	44.3402	.8617	.9476
D24	40.4667	43.4299	.8575	.9473
D25	40.5000	42.8793	.8404	.9479
D26	40.4000	44.8690	.8228	.9489
D27	40.3667	45.2747	.7546	.9510
D28	40.7000	44.9069	.7585	.9509
D29	40.4667	45.1540	.6823	.9536

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 11
 Alpha = .9542

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Reliability D/C for DM patient by telephone for nurse

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****
 R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
A1	78.1667	83.5230	.3659	.9480
A2	78.6333	78.5161	.7354	.9427
A3	78.7000	78.9069	.6024	.9451
A4	78.5667	80.3230	.5831	.9451
A5	78.6667	79.1264	.6054	.9450
A6	78.6000	76.5931	.8139	.9412
A7	78.3000	80.2862	.7108	.9434
A8	78.2667	79.4437	.6468	.9441
A9	78.2333	80.9437	.5135	.9463
B10	78.4000	78.8690	.6783	.9436
B11	78.5000	77.7759	.7636	.9422
B12	78.7000	79.6655	.6955	.9434
B13	78.8333	79.4540	.6208	.9446
B14	78.4667	79.8437	.6842	.9436
B15	78.6667	79.6782	.6606	.9439
C16	78.7333	79.3747	.6926	.9434
C17	78.6667	78.7126	.7492	.9425
C18	78.5000	79.8448	.7072	.9433
C19	78.5667	78.0471	.7253	.9428
C20	78.5000	78.1207	.7981	.9418

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 20

Alpha = .9465

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ เกิด เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2507 ที่อยู่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เมื่อปี พ.ศ.2531 เข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548 ปัจจุบัน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานผู้ป่วยใน ตึกพิเศษอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย