

การติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองต่อระดับน้ำตาล ในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา บ้านฮ่องห้า ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

บุศรินทร์ ผัดวัง* ถาวร ล่อกา**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามและเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 27 คน และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 27 คน ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม ตั้งแต่ปี 2555 และติดตามผลลัพธ์ระยะยาว 2 ปี เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบบันทึกระดับ FBS และ MAP และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบ ระดับ FBS ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรม พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกและทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) ส่วนระดับ MAP ของผู้ป่วยก่อนและหลังการร่วมกิจกรรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน การมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.62$) การมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้การช่วยเหลือ/กระตุ้นผู้ป่วยในการไปตรวจตามนัดทุกครั้งอยู่ในระดับดี รองลงมาคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือญาติออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค การจัดการอาหาร ความร่วมมือในการรับประทานยา การให้กำลังใจและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรค อยู่ในระดับดี เนื่องจากกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว จึงควรขยายกิจกรรมนี้ให้ครอบคลุมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายอื่นต่อไป

คำสำคัญ : การติดตามระยะยาว, การสนับสนุนการจัดการตนเอง, เบาหวานประเภทที่ 2, ความดันโลหิตสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, E-mail: Rinjung1@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

Long term outcomes of the self-management support in patients with diabetes mellitus and hypertension: Ban Hongha, Numjo subdistrict, Maetha district Lampang province

Budsarin Padwang* Thaworn Lorga**

Abstract

This study compared fasting blood sugar (FBS) and mean arterial pressure (MAP) of patients with diabetes and hypertension following their participation in the self-management support activities. The sample comprised of 27 patients who had both diabetes and hypertension and 27 family members or caregivers who participated in self-management activities in 2012 and were followed up for two years. FBS and MAP were recorded periodically and family involvement was assessed at the end of the follow-up using a 4-point Likert scale instrument developed by the researchers with Cronbach's alpha of 0.92. Descriptive statistics and One-

* Professional Level Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, E-mail: Rinjung1@hotmail.com

** Senior Professional Level Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang

Way ANOVA were used to analyse the data. We found a statistically and clinically significant decrease in FBS ($p < .05$) following the participation whereas MAP remained unchanged. Overall family involvement was good ($\bar{X} = 3.4$, $SD = 0.62$). Upon examination of individual aspects of family involvement, follow-up visit reinforcement and help was very good whereas exercise reinforcement, diet management, adherence to medication regimen, mental support and monitoring complications were good. Because of their sustainability, self-management support activities should be expanded to other patients with diabetes and hypertension.

Keywords: long term follow-Up, self-management support, type II diabetes, hypertension

บทนำ

ปัจจุบันโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก พบมีอัตราป่วยถึงร้อยละ 60 ของโรคที่พบทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา มีการประมาณการทางสถิติว่า ทั่วโลกมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประมาณ 125 ล้านคน¹ จากการศึกษาสถานการณ์และธรรมชาติวิทยาของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากร พบว่าภาพรวมของประเทศไทย มีอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยทุกปี มีแนวโน้มการป่วยและตายจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นในผู้ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไปมากกว่า 1,900,000 คน และมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และยังพบว่า จะเกิดโรคแทรกซ้อนทาง ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท แผลเรื้อรัง เป็นต้น² ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้มีอัตราตาย พิการ และเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ³ และด้วยเหตุผลนี้ได้มีนักวิชาการจำนวนมากพยายามพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังมีสาเหตุจากหลายปัจจัย มีความซับซ้อนหลายมิติ ทั้งจาก อายุ พันธุกรรม พฤติกรรม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม⁴ และได้มีแนวทางหรือรูปแบบการดูแลที่หลากหลาย โดยที่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยคงภาวะสุขภาพที่ดีอย่างยาวนาน⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า (รพ.สต. อ่องห้า) อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นหน่วยงานสาธารณสุขซึ่งในพื้นที่มีประชากรทั้งสิ้น 4,235 คน บุคลากรด้านสาธารณสุขจำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 111 คน ระหว่างปี 2551 -2557 รพ.สต.อ่องห้า มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความดูแลจำนวนทั้งสิ้น 382 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และดำเนินการพัฒนาและจัดระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้น โดยในปี 2554 ได้ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ เมื่อติดตามผล 6 เดือนหลังเสร็จสิ้น

กิจกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถคงพฤติกรรมที่ดีด้านอาหารและการออกกำลังกายไว้ได้ บางส่วนมาตรวจไม่ตรงตามนัด รับประทานยาหรือฉีดยาไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้

ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนาผลลัพธ์ด้านการควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตที่ยั่งยืนได้ ดังนั้น รพ.สต. อ่องห้า และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จึงได้ร่วมดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือน กรกฎาคม 2555 โดยมีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเข้าร่วมโครงการจำนวน 27 คน มีกิจกรรมการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัคร และบุคลากรสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน วิธีการทำงาน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และ อาสาสมัคร ครอบคลุมประเด็นโรคและภาวะแทรกซ้อน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการยา การจัดการความเครียด การดูแลเท้า มีการประเมินผลเมื่อดำเนินการได้ 3 เดือนพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar: FBS) และความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean arterial pressure: MAP) ของผู้เข้าร่วมโครงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยหลังร่วมโครงการลดลงอยู่ในระดับปกติ ($MAP = 89.63 \text{ mmHg}$) ค่าปกติอยู่ระหว่าง 70-110 mmHg แต่พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังร่วมโครงการยังสูง ($FBS = 134.96 \text{ mg/dl}$) ค่าปกติอยู่ระหว่าง 70-130 mg/dl ⁶ ซึ่งผลการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการ⁷ และได้สรุปรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ผลจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ณ เดือนที่ 3)

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ครอบคลุมประเด็น โรคและภาวะแทรกซ้อน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการยา การจัดการความเครียด การดูแลเท้า)

การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย:

- เสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเอง
- เสริมสร้างความรู้ในการจัดการดูแลตนเอง
- เสริมสร้างทักษะในการจัดการดูแลตนเอง

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง โดยบุคลากรสุขภาพ

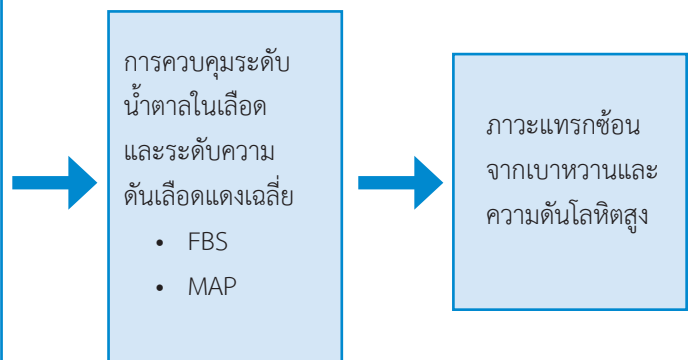
- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- สนับสนุนความรู้และทักษะ
- ติดตามผลการรักษา
- เยี่ยมบ้าน

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง โดยญาติ/ผู้ดูแล

- สนับสนุนการจัดการดูแลด้านอาหาร
- สนับสนุนการจัดการดูแลด้านการออกกำลังกาย
- สนับสนุนการจัดการดูแลด้านการจัดการยา
- สนับสนุนการจัดการดูแลด้านการตรวจตามนัด
- สนับสนุนการจัดการดูแลด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
- สนับสนุนการจัดการดูแลด้านการให้กำลังใจ

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง โดยอาสาสมัคร

- เยี่ยมบ้าน
- ประสานการดูแล และ ส่งต่อ



รูปแบบบริการดังกล่าวเป็นรูปแบบการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) โดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ญาติผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และระบบการให้บริการของทีมสุขภาพซึ่งสามารถพัฒนาผลลัพธ์ระยะสั้นได้ อย่างไรก็ตามยังมีข้อสงสัยว่ารูปแบบดังกล่าวจะสามารถพัฒนาผลลัพธ์ระยะยาวได้หรือไม่ จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ผ่านมา พบว่าการจัดการดูแลตนเองเป็นการจัดการกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพดี แต่มักประเมินผลระยะสั้น 3 เดือน ขาดการวัดผลระยะยาว⁸⁻¹¹ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจ ในการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง โดยติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม เดือนที่ 3, 6, 12, 18 และครบเดือนที่ 24 เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแล

ตนเองและศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเมื่อครบเดือนที่ 24

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง เดือนที่ 3 เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 เดือนที่ 18 และครบเดือนที่ 24

2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเมื่อครบเดือนที่ 24

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรคือ ผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็น

เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 382 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 27 ราย ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 27 ราย ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจงโดยยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และญาติ/ผู้ดูแลที่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในการร่วมกิจกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2555 มีระดับความดันโลหิต (SBP $\leq$ 140 mmHg หรือ DBP $\leq$ 90 mmHg) และมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) $\leq$ 126 mg% ติดกัน 2 ครั้งในรอบ 1 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า และยินยอมให้ติดตามผลลัพธ์ระยะยาว โดยติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม เดือนที่ 3, 6, 12, 18 และ 24 และการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกและเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องจนเสร็จสิ้นในปี พ.ศ.2557 ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ตามแผนภูมิที่ 1 ร่วมกับการดูแลตามระเบียบปฏิบัติในการจัดการทางคลินิกกลุ่มโรคเรื้อรัง (DM & HT) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วย BP $\leq$ 140/90 mmHg, FBS $\leq$ 126 mg/dl ติดตามนัดทุก 6 เดือน ในคลินิก

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย BP $\geq$ 140/90 -170/109 mmHg, FBS $\geq$ 126 mg/dl ติดตามนัดตรวจซ้ำทุก 2 สัปดาห์ ในคลินิก และพบแพทย์

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วย BP $\geq$ 180/110 mmHg, FBS $\geq$ 200 mg/dl ส่งตัวรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติการมีส่วนร่วมเป็นประจำสม่ำเสมอ ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติการมีส่วนร่วมบ่อยๆ ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัติการมีส่วนร่วมนานๆ ครั้งและระดับ 1 หมายถึง ปฏิบัติการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน การมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รายชื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ

โดยใช้วิธีคำนวณหาอันตรายภาคชั้น¹² กำหนดระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ	ระดับการมีส่วนร่วม
1.00-1.50	ต่ำ
1.51-2.50	ปานกลาง
2.51-3.50	ดี
3.51-4.00	ดีมาก

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

ส่วนแบบบันทึกระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเฉลี่ย (FBS) และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) หลังดำเนินการเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 เดือนที่ 18 และเมื่อครบเดือนที่ 24 เป็นแบบบันทึกมาตรฐานของ รพ.สต.ฮ้องห้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนความรู้และทักษะการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการยา การจัดการความเครียด และการดูแลเท้า รวมทั้งการติดตามผลการรักษา และการเยี่ยมบ้าน โดยมีการดำเนินการในการเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง โดยเจาะผ่านเส้นเลือดดำ และผ่านการตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติ การวัดความดันโลหิตมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมผู้ป่วยก่อนทำการวัด 30 นาที ถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย นั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อการผ่อนคลาย หลังเท้า 2 ข้างวางราบกับพื้นแขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะไม่กำมือ

2. เตรียมเครื่องมือวัดชนิดปรอท รุ่น MAC วัดบริเวณต้นแขนเหนือข้อพับแขนเหนือ Brachial artery

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ MAP เป็นการเฉลี่ยดู perfusion pressure ของอวัยวะในร่างกายว่าเพียงพอที่จะทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง เช่น สมอง ไต เส้นเลือดแดงโคโรนารีอื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ ถ้าต่ำลงจะทำให้อวัยวะนั้นๆ ขาดเลือดได้ ซึ่งค่า MAP เป็นการเฉลี่ยดู perfusion pressure ที่แม่นยำมากค่าหนึ่ง สูตรการคำนวณคือ $[(2 \times \text{diastolic}) + \text{systolic}] / 3$ ค่าปกติใช้ที่ 70-110 mmHg⁴ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ และบันทึกผล ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FBS และ MAP ของผู้ป่วย

เบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยค่าสถิติ t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FBS และ MAP หลังดำเนินการเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 เดือนที่ 18 และเมื่อครบเดือนที่ 24 โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-way repeated measures analysis of variance) แต่เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Pairwise Comparisons

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยผ่านคณะกรรมการรับรองโครงร่างการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือ ข้อมูลที่ได้จะปิดเป็นความลับ การอภิปรายผลจะแสดงถึงภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

หลังจากได้ชี้แจงวัตถุประสงค์กับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ได้ติดตามนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามระบบบริการในคลินิก ซึ่งกลุ่ม

ตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการดูแลตนเองและทบทวนทักษะปฏิบัติร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล ทุก 6 เดือน จำนวน 4 ครั้ง ในเรื่อง 1) ความรู้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร 3) การรับประทานยาและสมุนไพร 4) การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การดูแลเท้า ทักษะการแก้ปัญหา ด้วยวิธีการสอน ชมเชยทัศน และจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงกิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับอสม.และติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) โดยติดตาม FBS และ MAP ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม และการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 51.85 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 88.89 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 85.18 อาชีพส่วนใหญ่ ทำนาทำสวน และแม่บ้าน ร้อยละ 48.15 และ 40.74 ตามลำดับ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11-15 ปี และ 16-20 ปี จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 37.04 ดังรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (27 คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 53.6$ SD=0.48, range 40-62 ปี)		
40-50 ปี	10	37.04
51-60 ปี	14	51.85
มากกว่า 60 ปี	3	11.11
สถานภาพสมรส		
คู่	24	88.89
หม้าย	3	11.11
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	7.41
ประถมศึกษา	23	85.18
ปริญญาตรี	2	7.41
อาชีพ		
แม่บ้าน	11	40.74
รับจ้าง	2	7.41
ทำนา ทำสวน	13	48.15
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	1	3.70
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
เป็นลูก	14	51.85
เป็นภรรยา	13	48.15

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (27 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 15.5, SD=0.56, range 2-19 ปี)		
1-5 ปี	2	7.41
6-10 ปี	5	18.51
11-15 ปี	10	37.04
16-20 ปี	10	37.04
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน		
อยู่กับผู้ป่วยทั้งวัน	10	37.04
ดูแลวันละ 5-6 ชั่วโมง	10	37.04
มาดูแลเป็นครั้งคราว	7	25.92

นอกจากนี้ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เดือนที่ 3 เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 เดือนที่ 18 และครบเดือนที่ 24 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สำหรับระดับความดัน

เลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เดือนที่ 3 เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 เดือนที่ 18 และครบเดือนที่ 24 ไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เดือนที่ 3, 6, 12, 18 และ 24

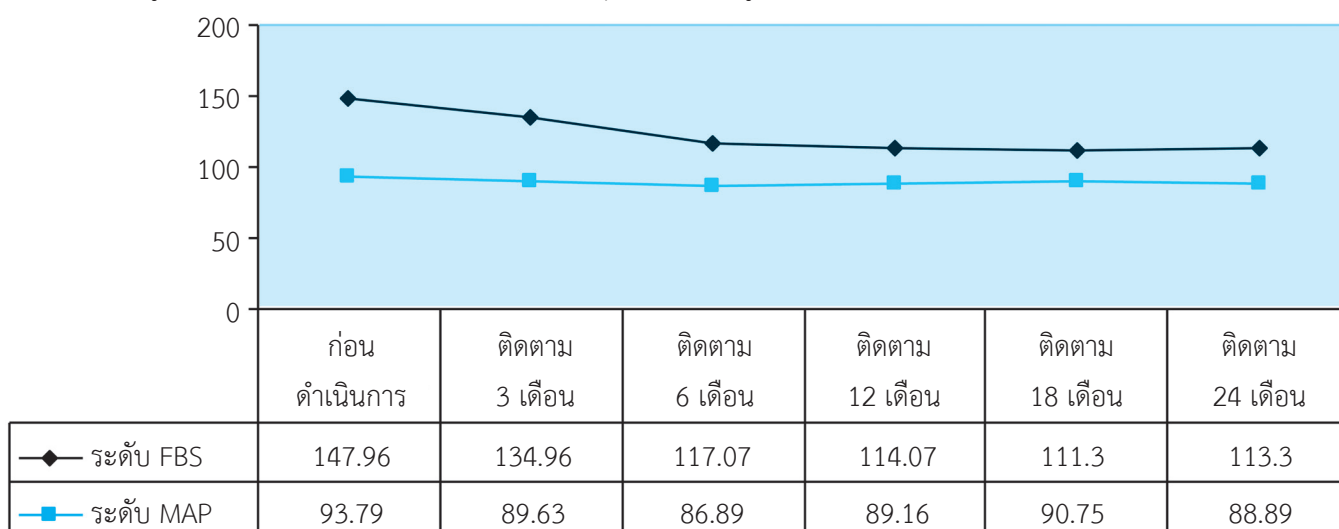
Variables	SS	df	MS	F	P-value
FBS	13536.17	1	13536.17	14.57	.001*
MAP	138.33	1	138.33	3.173	.08

* p<.01

ทั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมการ

สนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง เดือนที่ 3, 6, 12, 18 และ 24 มีแนวโน้มของ FBS ลดลงตามลำดับ สำหรับ MAP มีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง ดังแสดงในกราฟที่ 1

กราฟที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) และระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง เดือนที่ 3, 6, 12, 18 และ 24



การมีส่วนร่วมของ ญาติ/ผู้ดูแล ในการติดตามผลลัพธ์ ระยะยาวเมื่อครบ 24 เดือน ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.62$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมของ ญาติ/ผู้ดูแล ในการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวเมื่อครบ 24 เดือน ของผู้ป่วยเบาหวาน

และความดันโลหิตสูง ในด้านให้การช่วยเหลือ/กระตุ้นผู้ป่วยหรือญาติของท่านในการไปตรวจตามนัดทุกครั้ง อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 0.51$) รองลงมาคือ ด้านได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือญาติของท่านออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.61$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อครบเดือนที่ 24

การมีส่วนร่วมของ ญาติ/ผู้ดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.ท่านได้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยหรือญาติของท่านโดยการจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	3.45	0.61	ดี
2.ท่านได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือญาติของท่านออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	3.50	0.61	ดี
3.ท่านได้ให้การช่วยเหลือ/กระตุ้นผู้ป่วยหรือญาติของท่านในการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา ตามแผนการรักษา	3.45	0.61	ดี
4.ท่านได้ให้การช่วยเหลือ/กระตุ้นผู้ป่วยหรือญาติของท่านในการไปตรวจตามนัดทุกครั้ง	3.55	0.51	ดีมาก
5.ท่านได้เตือนให้ญาติของท่านเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน/ความดันฯ	3.25	0.72	ดี
6.ท่านได้ให้กำลังใจผู้ป่วยหรือญาติของท่านในการดูแลสุขภาพของตนเอง	3.30	0.66	ดี
รวม	3.42	0.62	ดี

อภิปรายผล

1.ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เดือนที่ 3, 6, 12, 18 และ 24 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบ ระดับ FBS และ MAP ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมพบว่า FBS มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการแต่ละครั้งพบว่า FBS ก่อนดำเนินการมีความแตกต่างกับหลังการร่วมกิจกรรม จะเห็นได้ว่า ในการติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ในเดือนที่ 3, 6, 12, 18 และครบเดือนที่ 24 ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ลดลงจนถึงระดับปกติ ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการเข้าร่วมกิจกรรม การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการดูแลตนเอง ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพิจารณาระบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสุขภาพ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น การสนับสนุนการ

จัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากญาติ/ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสุขภาพ ช่วยในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการจัดการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยสนับสนุนความรู้และทักษะ รวมถึงกำลังใจซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดการกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยแรงจูงใจในการจัดการกับภาวะของโรคในระยะยาว

แบบแผนของการลดลงของFBS เริ่มเห็นชัดในเดือนที่ 3 และหลังจากนั้นก็ลดลงจนอยู่ในระดับคงที่ (111.30-117.07 mg/dl) ในเดือนที่ 6 จนถึงเดือนที่ 24 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยช่วง 3 เดือนแรก เป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกาย และครอบครัวญาติ/ผู้ดูแลก็อยู่ในระยะเรียนรู้ในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย แต่หลังจากเดือนที่ 3 ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล มีความมั่นใจ มีความรู้และทักษะมากขึ้น ทำให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากการลดลงของระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในเดือนที่ 6 และคงที่จนถึงเดือนที่ 24 และผลการสอบถามการมีส่วนร่วมของ ญาติ/ผู้ดูแลในเดือนที่ 24 ในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับดี

(ตารางที่ 3) ซึ่งการสนับสนุนของญาติ/ผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สำคัญในการคงไว้ของแรงจูงใจ (Motivation) ของผู้ป่วยในการจัดการดูแลตนเองในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนให้มีการจัดการดูแลตนเองต่อเนื่อง¹³

สำหรับแบบแผนการเปลี่ยนแปลงของ MAP นั้น มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจาก MAP ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปกติอยู่แล้ว โดยในเดือนที่ 3 มีการลดลงของความดันเลือดแดงเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคงที่จนถึงเดือนที่ 24 และสามารถอธิบายได้ในแนวทางเดียวกับการเปลี่ยนแปลงของ FBS กล่าวโดยสรุปคือทั้งน้ำตาลในกระแสเลือดและความดันเลือดแดงเฉลี่ยจะเริ่มลดลงในเดือนที่ 3 และคงที่ในเดือนที่ 6 เป็นต้นไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้¹⁴⁻¹⁵

จะเห็นได้ว่า ช่วงเวลา 6 เดือนแรกเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่ส่งผลต่อการลดลงของ FBS และ MAP ในระยะยาว เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาสำหรับการเรียนรู้ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม อาจกล่าวได้ว่าช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาการเปลี่ยนผ่าน (Transition) ไปสู่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี (Maintenance) ในระยะยาว ดังนั้นบุคลากรสุขภาพและครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างจริงจังในช่วง 6 เดือนแรก มิเช่นนั้นอาจจะทำให้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไม่ประสบความสำเร็จ และผู้ป่วยอาจกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิม การสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพหลังเดือนที่ 6 ยังมีความจำเป็นเพื่อเป็นแรงจูงใจในการคงพฤติกรรมที่ดีต่อเนื่องในระยะยาว และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจาก FBS และ MAP อยู่ในระดับปกติคงที่จนถึงเดือนที่ 24 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง เป็นรูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สามารถปฏิบัติได้จริง (Feasibility) ในพื้นที่วิจัย

2. การมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแล ในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวเมื่อครบ 24 เดือน

การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวเมื่อครบ 24 เดือน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.42$, $SD=0.62$) ซึ่งพบว่าด้านสนับสนุนการไปตรวจตามนัด อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.51$) รองลงมาคือ ด้านสนับสนุนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ($\bar{X}=3.50$, $SD=0.61$) ด้านสนับสนุนอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ($\bar{X}=3.45$, $SD=0.61$) และ ด้านการจัดการเรื่องยารักษาโรค ($\bar{X}=3.45$, $SD=0.61$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะการ

สนับสนุนของครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่มีความเฉพาะกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการไปตรวจตามนัด มากกว่าการดูแลสุขภาพทั่วไป ($\bar{X}=3.30$, $SD=0.66$) และให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่มุ่งควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการไปตรวจตามนัด มากกว่า การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.72$) ข้อค้นพบอาจจะสะท้อนถึงความเชื่อของครอบครัวว่าอะไรมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามข้อสังเกตดังกล่าวควรได้รับการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดของเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า ควรมีนโยบายขยายผลการดำเนินกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทุกพื้นที่ โดยคำนึงถึงการวางแผนการสนับสนุนงบประมาณตามแบบแผนการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และความดันเลือด โดยในช่วง 6 เดือนแรกของการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition) ของพฤติกรรมและผลลัพธ์อาจจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรด้านบุคลากร เวลา และ งบประมาณมากเพื่อสามารถนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว (Maintenance)

2. เนื่องจากผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาวของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost effectiveness) ของการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

3. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงลักษณะการสนับสนุนของครอบครัว และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองตามช่วงเวลาที่ผ่านมา เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนางานกิจกรรม/บริการให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการปรับรูปแบบกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยด้วยการสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

อสม.ในเขตของ รพ.สต.ห้องห้ำ ที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของรพ.สต.ห้องห้ำ ที่อำนวยความสะดวก ด้วยความเต็มใจและเป็นมิตร ตลอดระยะเวลา และขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health transition [Internet]. 2011 [cited 2014 October 20]; Available from: <http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/index.html>.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายและสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการทบทวนสถานการณ์การพัฒนาระบบดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
4. วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2557]; เข้าถึงได้จาก: <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle>.
5. สุพัตรา ศรีวนิชชากร. ปรับตัวปรับระบบอย่างไรให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2554;2(6):4-6.
6. สุพัตรา ศรีวนิชชากร, สดางค์ ศุภผล, ทศนีย์ ญาณะ, รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคัม, ผกาวรัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ, และคณะ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553.
7. สุมิตรา วิษา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกุล, บุญศรี นุเกตุ, บุศรินทร์ ผัดวัง, ฉัตรชัย หมั่นก้อนแก้ว, สุภา ศรีรุ่งเรือง. การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้องห้ำ. ลำปาง: วิทยาลัยบรมราชชนนีนครลำปาง; 2556.
8. Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R. Meta-analysis of the effects of educational and Psychosocial: interventions on management of diabetes mellitus. Journal of Clinical Epidemiology. 1988;41(10):1007-30.
9. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care. 2001;24(3):561-84.
10. Siripitayakunkit A, Hanucharunkul S, Melkus G. Diabetes education intervention in Thailand: An integrative review. Thai Journal of Nursing Research. 2005;9(1):13-27.
11. Keeratiyutawong P, Hanucharunkul S, Melkus GD, Panpakdee O, Vorapongsathorn T. Effectiveness of a self-management program for Thais with Type 2 diabetes. Thai Journal of Nursing Research. 2006;10(2):85-97.
12. อมร วัฒนธีรภาพ. คณิตศาสตร์และสถิติ. สงขลา: วิทยาลัยบรมราชชนนี สงขลา; 2551.
13. ภาวนา กิริติยวงศ์, สมจิต หนูเจริญกุล. การติดตามประสิทธิภาพในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2553;16(2):293-5.
14. Nichola J, Nora T, Clyde S, Carmen R, Daniel S, Joel Z, et al. Comparative Study of the Effects of a 1-Year Dietary Intervention of a Low-Carbohydrate Diet Versus a Low-Fat Diet on Weight and Glycemic Control in Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2009;32(7):1147-51.
15. Lawrence J, Catherine M, David W, Baton R, Lawton S, Eva O, et al. Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Blood Pressure Control: Main Results of the PREMIER Clinical Trial. JAMA. 2003; 289(16):2083-93.



JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH
(วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

วารสารรับพิจารณาบทความวิชาการ บทความวิจัยทางทรัพยากร การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดการออกวารสารทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ (ม.ค.-มิ.ย. และ ก.ค.-ธ.ค.) จำนวนชิ้นงานบทความ 14 เรื่อง/ฉบับ



ANNOUNCEMENTS

ประชาสัมพันธ์ :

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้รับการประเมินคุณภาพ



ให้อยู่ในฐานข้อมูล กลุ่มที่ 1 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562

Posted: 2015-12-02

[More...](#)

[More Announcements...](#)

Visitors

	TH 5, 132		CN 6
	US 238		GB 5
	JP 39		AU 5
	IE 12		IN 5
	LA 9		MY 3

Pageviews: 15,577



2/12/2015

คำแนะนำสำหรับการใช้
งานเบื้องต้นของระบบ
ThaiJO

■ สำหรับผู้แต่ง
(Author)

★ การสมัครสมาชิกวารสาร
(Author Register)
(ผู้ที่ยังไม่มี Username,
Password ในระบบ
ThaiJO)

★ การสมัครสมาชิกในวารสาร
อื่นๆ
(ผู้ใช้มี Username,
Password ในระบบ
ThaiJO เรียบร้อยแล้ว)

★ การส่งบทความ
(Submission)

☆ การแก้ไขบทความ
(Author Correction)

■ สำหรับผู้ประเมินบทความ (Reviewer)

★ การประเมินบทความ (Review)

❗ สำหรับผู้ใช้ที่ลืมรหัสผ่าน (forgot your