



ประสิทธิผลของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร

ณัฐยานี วิสารพันธ์ พย.ม.* จิตร มงคลมะไฟ สม.**
นิบพร แสนโท พย.บ.*** วราทิพย์ แก่นการ ปร.ด.****

(วันรับบทความ: 1 ตุลาคม พ.ศ.2563/ วันแก้ไขบทความ: 2 ธันวาคม พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 3 ธันวาคม พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ในการควบคุม กำกับดูแลตนเองเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มกลุ่มละ 56 คน กลุ่มทดลองได้รับความรู้ด้านโภชนาการ และการกำหนดอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละวัน การเข้ายาสมเหตุผลโดยเฉพาะการเข้ายาสมน้ำไฟ และการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหาและความต้องการในแต่ละราย การเสริมพลังอำนาจให้กำลังใจผู้ดูแล และครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากศูนย์สุขภาพชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว พฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่อิสระ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร มีฐานะยากจน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นร่วมด้วย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต (128.41/78.52, 134.93/83.70 มิลลิเมตรปรอท) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (7.36, 8.93) และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

การจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการตนเองและครอบครัว เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านใกล้ใจ ตำบลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านใกล้ใจ ตำบลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: nattayawisarapun@gmail.com Tel: 095-1309656



The Effectiveness of Self - and Family Management of Patients with Type II Diabetes and Hypertension in Community Health Center

Nattaya Wisarapun M.N.S.* Jit Mongkolmafai M.P.H.**

Nipporn santo B.N.S.*** Waratip Kankarn PhD****

(Received Date: October 1, 2020, Revised Date: December 2, 2020, Accepted Date: December 3, 2020)

Abstract

Diabetes and hypertension are considered the top risk factors for death in the world. Therefore, prevention of complications, especially behavior modification is important. The Individual and Family Self-management Theory (IFSMT) promotes continuous behavior and corrects the wrong behaviors helping patients to control themselves to be able to live with the illnesses happily. This research was randomized controlled trial with the purpose to study the effectiveness of self-and family management of patients with diabetes and hypertension in Community Health Center, Yasothon Province. The samples consisted of patients with diabetes and hypertension. They were randomly divided into experimental group and control group: 56 people per each group. The experimental group received knowledge about nutrition and were determined with the food that should be eaten on a daily basis, rational drug use, especially the use of herbal medicines and exercised at least 4 times a week. Home visits based on self-tailoring individual need were also provided. The caregivers and families were empowered. The control group received standard care from Community Health Center. Data were collected from October 2018 to September 2019. Clinical outcomes, including blood pressure levels. Cumulative mean sugar, BMI and waist circumference self-management behaviors and quality of life assessment were assessed. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The experimental group and control group had no significant differences in personal characteristics ($p < .05$). Most of the samples were female. Graduated from elementary school Agriculture career is poor and other non-communicable diseases. At the end of the study, the mean score of self-management behaviors and the quality of life the experimental group were higher than those of the control group with statistical significance ($p < .05$). The mean levels of blood pressure were 128.41 / 78.52 and 134.93 / 83.70 millimeters of mercury. The mean levels of Hemoglobin A1c were 7.36 and 8. The mean body mass index of the experimental group was lower than that of the control group with statistical significance ($p < .05$). However, the waist circumferences of the experimental group and the control group were not different.

Self-and family management of patients with diabetes and hypertension led to better self-management behaviors, clinical outcomes and quality of life.

Keywords: self- and family management, type II diabetes and hypertension

*Lecturer Ubon Ratchathani Rajabhat University,

**Register nurse, (Senior specialist). Community Health Center, Kut Chum, Yasothon Province.

*** Register nurse, (Senior specialist). Community Health Center, Kut Chum, Yasothon Province.

****Assistant professor, Faculty of Nursing Ubon Ratchathani Rajabhat University.

*Corresponding Author, Email: nattayawisarapun@gmail.com Tel: 095-1309656



บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการป่วยแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ในปี ค.ศ. 2016 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 40.5 ล้านคนต่อปีหรือร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด และที่สำคัญกว่านั้นคือกว่าร้อยละ 85 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา โดยได้กำหนดกลุ่มโรค NCDs ที่สำคัญไว้ 5 โรคดังนี้^{1,2} โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคสมองขาดเลือด และโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCD ถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน ในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร³ จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง 2557⁴ พบว่า โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนสูงขึ้นในทุกปี ในขณะที่โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่มาจากสาเหตุของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิตให้อยู่ในค่ามาตรฐานไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค พบว่ามีแนวโน้มการเกิดโรคสูงขึ้นในทุกปีเช่นกัน⁵ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก 1) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 2) การออกกำลังกายที่ไม่พอเพียง 3) การสูบบุหรี่ และ 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁶⁻⁸ ซึ่งอาการในกลุ่มโรคนี้จะไม่ป่วยโดยทันที แต่จะค่อยๆ สะสมจนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ เกิดโรคไตวายเรื้อรัง และเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดโรคของ หลอดเลือดตีบตันได้ในทุกส่วนของร่างกาย เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตจากเส้นโลหิตสมองตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด ดังนั้นประเทศไทยจึงได้บูรณาการการรักษาโรคไม่ติดต่อให้เป็นส่วนหนึ่งในบริการสาธารณสุขพื้นฐาน เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและการป้องกันเชิงรุก โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่เกิดโรคแล้ว ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน ใกล้ใจ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิมีส่วนสำคัญที่ประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เน้นการให้บริการแบบองค์รวมและต่อเนื่อง มีการนำศาสตร์วิชาทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จิตวิทยา สังคมศาสตร์เข้ามาร่วมในการพัฒนางาน

เป็นหน่วยดูแลสุขภาพประจำครอบครัว ประจำชุมชน ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน⁹ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีพ.ศ. 2560 จำนวน 467 คน และในปีพ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 491 คน¹⁰ จากอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นในทุกปี รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา โรคไต เรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมองแตก นั้น พบว่ามีสาเหตุมาจากประชากรในพื้นที่มีพฤติกรรมการขาดการออกกำลังกายที่เป็นกิจจะลักษณะ รับประทานอาหารเสริม มัน หวาน และยังเป็นข้อจำกัดของตนเอง เนื่องจากสะดวกและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ามายังศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเสื่อมตามวัย เช่น ความจำ ความรู้ในการจัดการเอง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-management Theory; IFSMT)¹¹ เป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุม กำกับดูแลตนเองเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยความรู้และทักษะต่างๆ ซึ่งอาจได้มาจากการเรียนรู้ของตัวบุคคลเองหรือได้รับจากบุคคลอื่นในการควบคุมตนเอง ซึ่งจากการศึกษา¹² พบว่า การบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของร่างกายคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจัดให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการตนเองในการควบคุมสภาวะของโรค รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วย



เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ ผลลัพธ์ที่ใช้ในการติดตามมีทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ฮีโมโกลบินเอวันซี ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาสมเหตุผล และคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการรับรู้ของบุคคลตามบริบท สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวังของบุคคลนั้น เพื่อให้เกิดการบริการแบบไร้รอยต่อยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งให้เกิดรูปแบบที่เอื้อให้การติดตามผลในระยะยาวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกัน
2. คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกัน
3. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว The Individual and Family Self-management Theory¹¹ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) บริบทด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) กระบวนการจัดการตนเอง 3) ผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งให้ผู้มีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งผลลัพธ์สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างการคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่ เป็นอิสระต่อกัน¹³ จากสูตร

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2 [Z_{\alpha} + Z_{\beta}]^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 47 คนเพื่อกันข้อมูลขาดหาย และกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษาจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 56 คน โดยใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกันก่อน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง (Random Sampling) โดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีอายุตั้งแต่ 40 ถึง 75 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมากกว่า 1 ปี 3) ค่าฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่าร้อยละ 7 4) มีความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 มิลลิเมตรปรอท ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท (ข้อมูลตามทะเบียนประวัติของผู้ป่วยก่อนการศึกษา 1 เดือน) 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสื่อสารตามปกติได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE 6210009 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิ์ที่จะออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ให้ลงนามด้วยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัย นำเสนอเป็น



ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติงานอยู่ และจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วม ระยะเวลาเป็นโรค และผู้ดูแล

1.2 แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การเข้าสุมเหตุผล และ 3) การออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอหรือ 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 4 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 3 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 2 และไม่ปฏิบัติ หมายถึง เลิกปฏิบัติ หรือไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนนเท่ากับ 1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) เท่ากับ .91 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

1.3 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

1.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHO QOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ¹⁴ มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งมีข้อคำถาม 26 ข้อแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนจากทุกด้านรวมกันเป็นคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
โดยรวม	26-60	61-95	96-130

มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .65 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย 2) คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดทำโดยโครงการ CKDNET 3) สื่อนำเสนอภาพนิ่งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

4) สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง นำไปทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โภชนากร เภสัชกร พยาบาลคลินิกโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง นักกายภาพบำบัด ตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ รูปแบบ และการจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) เท่ากับ .92



รายละเอียดของโปรแกรม ประกอบด้วย

ระยะเวลา	กิจกรรม
เดือนที่ 1	- สร้างสัมพันธภาพ แนะนำทีม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์
เดือนที่ 2	- ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต - บริบทด้านปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนให้ความรู้และผลกระทบโรคเรื้อรัง บรรยายแบบมีส่วนร่วมซึ่งให้ความสำคัญและผลกระทบต่อตนเอง และครอบครัว ร่วมกับใช้คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากโครงการ CKDNET - กระบวนการกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญ และประโยชน์การจัดการตนเอง และครอบครัว
เดือนที่ 3	- ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสาธิต ส่งเสริมการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัย และโรคเรื้อรัง สาธิตการประกอบอาหารเฉพาะโรค บรรยายแบบมีส่วนร่วมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ข้อควรระวังในการซื้อยาบำรุงและยาปรองสำเร็จอื่น ๆ การเลือกซื้อยาสมุนไพรในท้องถิ่น ร่วมกับใช้แผนพับการใช้ยาสมเหตุผลจากโครงการ CKDNET
เดือนที่ 4-11	- ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้ตารางเก้าช่องสำหรับผู้สูงอายุ และแอโรบิคสำหรับวัยกลางคน จัดกิจกรรม 4 ครั้งต่อสัปดาห์นานครั้งละ 45 นาที - ส่งเสริมการปฏิบัติธรรมในวันธรรมสวนะ - กระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจการจัดการตนเอง และครอบครัวโดยการเยี่ยมบ้าน - ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และจิตอาสา เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนโดยการรณรงค์จัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและชุมชน - ติดตามสังเกตปัญหา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชักถามปัญหาผู้ป่วยเมื่อมาตามนัดพบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ในกรณีที่มีปัญหา พยาบาลวิชาชีพ อสม. และอสค.
เดือนที่ 12	- ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงทีมงานเพื่อวางแผนการทำกิจกรรมโดยมีการแบ่งงานรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
2. ผู้วิจัยและทีมงานแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มทดลองที่ถูกเลือกเข้าทำการศึกษาตามคุณสมบัติจะได้รับทราบวัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ และสามารถออกจากการศึกษาได้ทันทีที่มีความประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
3. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต
4. กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวระยะเวลา 12 เดือน เมื่อสิ้นสุดจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ผลลัพธ์ทางคลินิก และวัดคุณภาพชีวิต กรณีที่กลุ่มตัวอย่าง

ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนถึงสิ้นสุดโครงการ กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดชื่อออกจาก โครงการวิจัย แต่ยังคงได้รับการดูแลรักษาตามปกติ

5. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งมีการนัดหมายผู้ป่วยพบแพทย์ทุก 3 เดือนครบระยะเวลา 12 เดือนประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการจัดการตนเอง และวัดคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test) และสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ก่อนใช้สถิติ t-test ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อน ซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองคงอยู่จำนวน 47 ราย เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม จำนวน 9 ราย กลุ่มควบคุมคงอยู่จำนวน 45 ราย ไม่มาพบแพทย์ตามนัดและขาดการติดต่อ จำนวน 11 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพ

สมรส สมรส อายุน้อยที่สุด 40 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี และอายุเฉลี่ย 60 ปี อาชีพเกษตรกรรม มีโรคร่วม ระยะเวลาเกิดโรค 3 ปี ผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว ผลการทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าไคสแควร์และสถิติค่าที่แบบอิสระ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=47) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=45) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			.752
ชาย	13(27.66)	17(37.78)	
หญิง	34(72.34)	28(62.22)	
สถานภาพ			.858
โสด	2 (4.26)	1 (2.23)	
สมรส	29 (61.70)	33 (73.33)	
หม้าย/หย่า/แยก	16(34.04)	8 (24.44)	
ระดับการศึกษา			.914
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	37 (78.72)	35 (77.78)	
มัธยมศึกษา	6 (12.77)	7 (15.56)	
ปวส./อนุปริญญา	3 (6.38)	1 (2.22)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1 (2.13)	2 (4.44)	
อาชีพ			.932
เกษตรกรรม	34 (72.34)	30 (66.67)	
รับจ้าง/โรงงาน	3 (6.38)	2 (4.44)	
รัฐวิสาหกิจ/ราชการ	1 (2.13)	1 (2.22)	
ไม่ได้ทำงาน	9 (19.15)	12 (26.67)	
ผู้ดูแล			.849
ดูแลตนเอง	18 (38.30)	15 (28.89)	
บุคคลในครอบครัว	26 (55.32)	31 (68.89)	
ญาติ/ผู้ดูแล	3 (6.38)	1 (2.22)	
โรคร่วม			.531
ไตเรื้อรัง	4 (8.51)	7 (15.56)	
ไขมันในเลือดสูง	9 (19.15)	11 (24.44)	
เก๊าท์	11(27.66)	8(17.78)	
อื่นๆ	13 (27.66)	15 (33.33)	
ไม่มีโรคร่วม	11 (23.40)	9 (20.00)	
ระยะเวลาเกิดโรค (ปี)*	$\bar{x}=3.28$ SD=2.73	$\bar{x}=3.56$ SD=2.49	.738
ระยะเวลาเจ็บป่วย 1-5 ปี	38 (80.85)	35 (77.78)	ระยะเวลาเจ็บป่วย 1-5 ปี
ระยะเวลาเจ็บป่วย 6-10 ปี	7 (14.89)	8 (17.78)	ระยะเวลาเจ็บป่วย 6-10 ปี
ระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี	2 (4.26)	2 (4.44)	ระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี
อายุเฉลี่ย (ปี)*	$\bar{x}=60.82$ SD=12.59	$\bar{x}=61.03$ SD=11.81	.623
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)*	$\bar{x}=1,784.35$ SD=1,611.47	$\bar{x}=1,728.36$ SD=1,581.88	.964



2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา สมเหตุสมผล และโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ

ความดันโลหิต ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนเส้นรอบเอวลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

4. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัว

พฤติกรรมจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=47)		กลุ่มควบคุม (n=45)		Independent t-test	P- value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร	33.56	2.39	29.42	3.52	21.26	.024 [†]
ด้านการออกกำลังกาย	30.18	3.04	26.47	2.73	10.74	.003 [†]
ด้านการใช้ยาสมเหตุสมผล	29.89	8.17	27.39	7.31	3.92	.035 [†]
โดยรวม	93.63	9.14	83.28	7.01	13.37	.013 [†]

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และครอบครัว

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n=47)		กลุ่มควบคุม (n=45)		Independent t-test	P- value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)	7.36	4.78	8.93	3.21	1.82	.034 [†]
ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.02	3.32	26.82	4.06	-0.87	.042 [†]
เส้นรอบเอว	89.53	11.27	91.35	10.63	-0.94	.381
ระดับความดันโลหิต						
Systolic BP	128.41	12.58	134.93	12.92	-6.43	.033 [†]
Diastolic BP	78.52	11.72	83.70	10.86	-7.52	.024 [†]

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัว

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=47)			กลุ่มควบคุม (n=45)			Independent t-test	P- value
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ		
ด้านร่างกาย	27.41	4.58	ดี	23.16	2.24	ปานกลาง	-4.95	.026 [†]
ด้านจิตใจ	29.06	4.73	ดี	21.28	2.16	ปานกลาง	12.14	.002 [*]
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	14.63	3.16	ดี	10.62	1.86	ปานกลาง	5.09	.001 [*]
ด้านสิ่งแวดล้อม	32.67	11.31	ดี	27.45	9.28	ปานกลาง	6.05	.001 [*]
โดยรวม	103.77	7.14	ดี	82.51	3.88	ปานกลาง	-7.58	.000 [*]



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปีซึ่งเป็นผู้สูงอายุ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท และมีโรคร่วม ซึ่งการศึกษาขององค์การอนามัยโลก¹⁵ พบความชุกของกลุ่มโรค NCD ในประเทศที่มีเศรษฐกิจปานกลางถึงต่ำ และหนึ่งในสี่พบในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-69 ปี การเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานพร้อมกันสามารถทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต และยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคไตเรื้อรัง¹⁶

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาสมเหตุสมผล และโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kankarn และคณะ¹² ที่ศึกษาผลของการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองและครอบครัว อัตราการกรองของไต และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลการศึกษาของ Seesawan และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม และส่งผลให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวประกอบด้วย การให้คำความรู้ด้านโภชนาการ และการกำหนดอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละวันโดยโภชนาการ การใช้ยาสมเหตุสมผลโดยเฉพาะการใช้ยาสมุนไพร และการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหาและความต้องการในแต่ละราย (self-tailoring individual need) การเสริมพลังอำนาจให้กำลังใจผู้ดูแล และครอบครัวในจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Kankarn & et.al¹⁸ ถึงผลของการจัดการ

ตนเอง และการจัดรายการที่ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Bumrungpun & et.al¹⁹ เรื่อง The effect of self-management promotion program on the quality of life among Type II diabetes mellitus patients with acute complications in Prapokkiao Hospital. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการตนเอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญ และประโยชน์การจัดการตนเองและครอบครัว ทำให้กลุ่มทดลองได้ประโยชน์เป็นอย่างมากและได้แลกเปลี่ยน ช่วยกันแก้ไขปัญหาผ่านทางช่องทางอื่น เช่น กลุ่มไลน์
2. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดลองโดยใช้ระยะเวลา 12 เดือน และประเมินผลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะติดตามผล เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CKDNET) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนสื่อการสอน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

References

1. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. [internet]. WHO; [cited 2019 August 9.]. https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/.
2. Gong B, Yu W, Wang H, Yi R. Epidemiology of chronic noncommunicable diseases and evaluation of life quality in elderly. *Aging Medicine* 2018; 1:64-6.



3. 5-Year National NCDs Prevention and Control Strategic and Action Plan (2017- 2021). Bureau of no communicable diseases, Department of Disease Control. Ministry of Public Health; 2017.
4. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. *Disease Control Journal* 2017; 43(3): 379-90
5. Ferranti SD, de Boer IH, Fonseca V, Fox CS, Golden SH, Lavie CJ, et al. Type 1 diabetes mellitus and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association and American Diabetes Association. *Circulation* 2014; 130:1110-30.
6. Singh SK, Srivastava S. Behavioral risk factors and non-communicable diseases among adult men in demographically developed states of India: evidence from District Level Household and Facility Survey-4. *Journal of Public Health* 2018; 26(2): 195-204.
7. Nethan S, Sinha D, Mehrotra R. Non-communicable disease risk factors and their trends in India. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017; 18(7): 2005-10.
8. 5-Year National NCDs prevention and control plan (2017-2021). The Policy and Strategy Section, Bureau of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health; 2017.
9. Srivanichakorn S. Data review for establishing service strategy in primary care units under the structure of the Ministry of Public Health. *Health Systems Research Institute (HSRI)*; 2008.
10. Kut Chum Community Health Center, Kut Chum Hospital, Yasothon province; 2018.
11. Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, Ricciardi R, Burak H, McNellis R, et.al. Creating patient-centered team-based primary care. AHRQ Pub. No. 16-0002-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2016.
12. Kankarn W, Thachai S. The effects of integrated care by multidisciplinary team with individual and family self-management to prevent chronic kidney disease in patients with diabetes and hypertension *Research and Development Health System Journal* 2019; 12(2): 594-603.
13. Komoltr C. Sample size calculation. *Journal of Mental Health of Thailand* 2012; 20(3): 192-8.
14. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai* 1998; 5: 4-15.
15. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease - a systematic review and
17. Seesawang J, Thongtaen P, Yodthong D. Effectiveness of self-management supportive program among hypertensive older people. *Rama Nurs J* 2014; 20(2): 179-92.
18. Kankarn W, Tongkrajai P, Kumphon B, Anutrakulchai S. The impact of self-management and case management on progression of chronic kidney disease in urban communities of Khon Kaen. *J Med Assoc Thai* 2019; 102(8): 30.
19. Bumrungpun. The effect of self-management promotion program on the quality of life among Type II diabetes mellitus patients with acute complications in Prapokklao Hospital. *Journal of Nursing Division* 2011; 38(1): 42-51.