

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

วิลาวัลย์ อาธิเวช (พย.ม)*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มละ 30 ราย คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการกับอารมณ์ 4) ด้านการใช้ยาสมเหตุผล แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติเปรียบเทียบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ การดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ ควรมีการริเริ่มการดำเนินการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: Wilawan.A@ubru.ac.th

วันที่รับ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ 17 มกราคม พ.ศ. 2567 วันที่ตอบรับ 22 มกราคม พ.ศ. 2567

Effectiveness of the Model for Caring, Delaying, and Preventing Chronic Non-Communicable Diseases in the Elderly through Community Participation

Wilawan Arthiwet (M.N.S.)*

Abstract

This study is a quasi-experimental two-group comparative research before and after the experiment. The objective is to investigate the Effectiveness of the model for caring delaying and preventing chronic non-communicable diseases in the elderly through community participation. The sample group consists of 30 elderly individuals, selected for both the experimental and control groups through random sampling. Data collection tools include a self-management behavior questionnaire covering 1) nutritional aspects, 2) physical activity, 3) emotional management, and 4) rational drug use. Clinical outcome assessments and a brief Thai-language quality of life assessment. The data will be analyzed using descriptive and inferential statistics, comparing the two independent groups.

The study found that the elderly later joined in a community-based care and prevention program for non-communicable diseases in, there was a significant improvement. The experimental group demonstrated statistically significant higher scores in overall self-management behaviors and overall quality of life compared to the control group ($p < 0.05$). Moreover, the experimental group showed a significant reduction in blood pressure levels, body mass index, waist circumference, and blood sugar levels compared to the control group ($p < 0.05$).

Suggestions for caring, delaying, and preventing chronic non-communicable diseases in the elderly actions should be initiated with a participation process of all relevant network partners.

Keywords: Non-communicable diseases, Elderly, Community participation

Associate Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: Wilawan.K@ubru.ac.th

Received December 30, 2023, Revised January 17, 2024 Accepted January 22, 2024

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) นั้นถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และที่สำคัญยังถือเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน¹ โดยประเทศไทยต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 25,000 ล้านบาทต่อปี ในแต่ละปีมีประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั่วโลก จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปีพ.ศ. 2562-2563 พบการป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs เพิ่มขึ้น หนึ่งในสามของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นกลุ่มโรค NCDs ที่สำคัญ และผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง² แม้ค่าสถิติการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs จะสูงมาก แต่แท้จริงแล้วกลุ่มโรค NCDs นั้นสามารถป้องกันได้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) จากการพัฒนาของวากเนอร์และคณะ³ เป็นรูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมเชื่อมโยงหน่วยบริการที่มีการดูแลที่มีมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนเน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทาง

สุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง⁴ การที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุม กำกับดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยใช้ความรู้ ทักษะต่างๆ ที่ได้จากการเรียนรู้จากตนเองหรือได้รับจากคนอื่น ในการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญ และถูกจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในประเทศไทยและต่างประเทศ มีการประยุกต์แนวคิดนี้ไปพัฒนาบริการผู้ป่วย โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและได้รับว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน⁵ แต่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของกลุ่มโรค NCDs จะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังไม่สามารถหยุดการเพิ่มขึ้นของความชุกของโรคเหล่านี้ได้ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs ด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเป็นแล้วใช้เวลานาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เสียทรัพยากรการเงินด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศจากภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถของระบบสุขภาพในการจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพในระดับประเทศอย่างเป็นระบบ ให้มีระบบดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทำให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทุกคน

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญกับการป้องกัน และให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของร่างกาย คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายให้นานที่สุด โดยจัดให้มีบริการดูแลป้องกัน ก่อนการเกิดโรค ควบคู่กันไปกับการดูแลรักษาเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และลดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs การจัดบริการป้องกันควบคุมโรคที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสาธารณสุขกับชุมชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs ในชุมชนให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความเหมาะสม รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองสามารถบริหารจัดการตนเองในการควบคุมสถานะของโรค เชื่อมโยงการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนให้เกิดการดูแลโดยชุมชนเพื่อชุมชนเป็นวิธีการที่ยั่งยืน และจะช่วยลดภาระของระบบบริการสาธารณสุขซึ่งมีทรัพยากรจำกัดได้ ซึ่งพบว่าในปัจจุบันชุมชนและท้องถิ่นมีความสนใจ และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนมากขึ้น ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการทดสอบประสิทธิผลรูปแบบในการป้องกัน และชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก รูปแบบนี้จะมีการจัดระบบบริการการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างการมีส่วนร่วม บูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อป้องกัน ชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมรูปแบบ ดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมรูปแบบ ดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมรูปแบบ ดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมรูปแบบดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมรูปแบบดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมรูปแบบดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษา (Two group pre-post test) โดยศึกษาแบบ ภาคตัดขวางในช่วงเวลาที่กำหนด ในเดือน พฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60-75 ปี มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในจังหวัดอำนาจเจริญ
2. กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณีกลุ่มประชากรที่มีอิสระต่อกัน⁶

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2 (Z\alpha + Z\beta)^2}{\Delta}$$

Δ

ค่าความแปรปรวน ซึ่งได้จากการศึกษาของ จันทรจิรา สีสว่าและคณะ⁷ พบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองเท่ากับ 92.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.43 ใน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.20 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.76 กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย

$$\begin{aligned} \sigma^2 &= \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\ &= \frac{(40 - 1)(2.43)^2 + (40 - 1)(2.76)^2}{40 + 40 - 2} \\ &= 9.09 \end{aligned}$$

Δ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย ($\mu_1 - \mu_2$) ของคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 $= 92.30 - 84.20 = 8.10$

$Z\alpha$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบ ปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น
 $= 1.64$

$Z\beta$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบ ปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ Power of Test = 90 ดังนั้น ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z\beta = 1.28$

$$n/\text{group} = \frac{2(9.09)(1.64 + 1.28)^2}{(8.10)^2}$$

$$n/\text{group} = 19.13$$

ปรับขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 ราย ใน กระบวนการศึกษาอาจมีการสูญหายของข้อมูล ระหว่างการศึกษาเพื่อป้องกันปัญหาผู้สูญหาย จากการติดตามไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบ โดยตรงต่อ Statistical precision หรือ power ในการสรุปผลการศึกษารั้งนี้จึงมีการคำนวณ ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ป้องกันการสูญหายร้อยละ 20⁸ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ ต้องการศึกษาดูโดยการไม่ตัดผู้สูญหายจากการ ติดตามออกจากการวิเคราะห์ (Principle of intention to treat) ปรับขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\text{สูตร nads} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$n = 19$$

$$(1-0.20)^2$$

$$= 29.68 \text{ ปรับขึ้นเป็น 30 ราย}$$

คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการ สุ่มตัวอย่าง (Random sampling) โดยมี

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ

- 1) ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60-75 ปี
- 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างน้อยร้อยละ 80
- 3) ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ

- 1) ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80
- 2) ขอลงตัวออกจากโครงการ
- 3) เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมรูปแบบฯ

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิที่จะออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ให้ลงนามด้วยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัย โครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว
 - 1.2 แบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกัน เชลโรคติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30

ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการกับอารมณ์ 4) ด้านการใช้ยาสมเหตุผล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดการปฏิบัติใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอหรือ 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 4

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 3

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เลิกปฏิบัติ หรือไม่เคยปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 1 โดยแปลผล ดังนี้

คะแนน 20-40 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่ดี

คะแนน 41-60 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมจัดการตนเองปานกลาง

คะแนน 61-80 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมจัดการตนเองดี

นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 1 คน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.83 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

1.3 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลการ (Body mass index, BMI) ระดับความดันโลหิต (Systolic and diastolic blood pressure) และระดับน้ำตาลในเลือด

1.4 แบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดย สุวัฒน์ มัทนรินทร์กุล และคณะ⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย และอัตวิสัย ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26– 130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับการใช้ 1) สื่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) สื่ออิเล็กทรอนิกส์

(VDO Clip) การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของกองโรคไม่ติดต่อ 3) สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 4) เครื่องวัดความดันโลหิต รุ่น diplomat-presameter แบบตั้งโต๊ะและหุฟง 5) เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด 6) เครื่องชั่งน้ำหนักผ่านการทดสอบเทียบค่าความเที่ยงตรงของการวัด ใช้เครื่องมือดังกล่าว เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย นำรูปแบบไปทดสอบความตรงของเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โภชนากร เภสัชกร พยาบาล ผู้จัดการรายกรณี นักกายภาพบำบัด ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและปรับปรุงก่อนนำไปใช้ระยะเวลา 6 เดือนมีกิจกรรม ดังนี้

เดือนที่ 1 กิจกรรมชุมชน ครอบครัว บุคคลลดโอกาสเสี่ยง โดยผ่านกิจกรรมประชุมแกนนำชุมชน อสม. จิตอาสา ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ โดยใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies)

เดือนที่ 2 กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2ส. ประกอบด้วยการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการบริโภคสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO Clip)

เดือนที่ 3 ชมรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ โดยมีนักกายภาพบำบัด ให้ความรู้เรื่องประเภท ชนิดการออกกำลังกาย วิธีการ ประโยชน์และ ข้อควรระวัง ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ท่ารำประกอบดนตรีหมอลำ

อีสาน โดยมีสม.และจิตอาสาเป็นแกนนำ
สัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30-45 นาที บริเวณลาน
กิจกรรมของชุมชน

เดือนที่ 4 กิจกรรมการใช้อยาสมเหตุผล การ
ใช้ยาในผู้สูงอายุถือเป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญ
นักเภสัชกรให้ความรู้เรื่องการใช้อยาสมเหตุผล
โดยเฉพาะยาที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ ใช้เวลา
ในการบรรยายแบบมีส่วนร่วม 2 ชั่วโมง กิจกรรม
ส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัว จัดเตรียมอุปกรณ์
ต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้อยาได้
อย่างถูกต้อง ปลอดภัย

เดือนที่ 5 กิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ ที่
ช่วยสร้างสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีในทุก ๆ
วัน สูงอายุส่วนใหญ่เกิดความเครียด และมี
อารมณ์ที่ค่อนข้างจะแปรปรวนได้ง่าย ที่ยึด
เหนี่ยวจิตใจอย่างการเข้าวัดทำบุญ เป็นอีกหนึ่ง
กิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ ที่ช่วยให้มีจิตใจ
แจ่มใสจากการได้หันหน้าเข้าหาทางธรรม
กิจกรรมอย่างการปลูกต้นไม้ ก็เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย
และยังช่วยสร้างสุขภาพจิตที่ดี

เดือนที่ 6 กิจกรรมรณรงค์ตรวจสุขภาพ
ประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการคัด
กรองภาวะสุขภาพทำให้ได้รู้ปัญหาสุขภาพของ
ตนเองและได้รับการดูแลตามความเหมาะสม

เก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ.
2566 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมี
ขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยและทีมงานกล่าวแนะนำตัวสร้าง
สัมพันธภาพกับผู้นำชุมชน สูงอายุ ผู้ดูแล และ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล
ทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก
และพฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพ
ชีวิต ตั้งแต่แรกเริ่มดำเนินการวิจัย (Pre-test)
และเมื่อดำเนินการวิจัยไป 6 เดือน (Post-test)

3. กลุ่มทดลองเข้าร่วมรูปแบบการดูแล
ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 6 เดือน
เป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 15-20 ราย และจัดวัน
เสาร์หรือวันอาทิตย์

4. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตาม
มาตรฐานจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
วัดความดันโลหิต สาธิตการออกกำลังกายแนะนำ
การจัดการกับความเครียด และบริโภคอาหารที่
ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

5. เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาเดือนที่ 6 ผู้วิจัย
เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการรวบรวมข้อมูลชุด
เดิม

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความ
แตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ
จัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพ
ชีวิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน
และหลังการเข้าร่วมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-
test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุทั้งหมด 60 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองคงอยู่ 29 ราย ขาดการติดตามจำนวน 1 ราย กลุ่มควบคุมคงอยู่ 27 ราย กลุ่มตัวอย่างขาดการติดตามจำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงกลุ่มทดลองร้อยละ 75.86 กลุ่มควบคุมเพศหญิงร้อยละ 70.37 อายุเฉลี่ย 64 ปี สถานภาพสมรสกลุ่มทดลองร้อยละ 62.06 กลุ่มควบคุมร้อยละ 74.04 ระดับการศึกษาประถมศึกษา กลุ่มทดลองร้อยละ

58.62 กลุ่มควบคุมร้อยละ 74.07 กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,388.42 บาท กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,448.45 บาท ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพกลุ่มทดลองร้อยละ 65.52 กลุ่มควบคุมร้อยละ 66.67 ดูแลตนเองกลุ่มทดลองร้อยละ 79.31 กลุ่มควบคุมร้อยละ 74.07 ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองร้อยละ 41.38 กลุ่มควบคุมร้อยละ 37.04

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกัน เชื้อโรคติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

พฤติกรรมจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=29)			กลุ่มควบคุม (n=27)			Independent t-test	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ด้านโภชนาการ	17.25	3.81		15.11	2.97		-2.68	0.031
ด้านการใช้ยา	18.17	4.12		15.78	3.52		2.54	0.012
ด้านการออกกำลังกาย	14.69	4.35		11.63	3.97		-1.93	0.017
การจัดการกับอารมณ์	16.23	3.98		13.48	3.64		3.82	0.007
โดยรวม	66.34	5.92	ดี	56.00	4.73	ปานกลาง	-4.39	0.002

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกัน เชื้อโรคติดต่อเรื้อรัง ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ และการใช้ยาสมเหตุผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแล เชื้อโรค และป้องกันโรคติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n=29)		กลุ่มควบคุม (n=27)		Independent t- test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	24.62	3.04	27.79	3.98	3.347	0.042
เส้นรอบเอว (ซม.)	87.42	13.02	93.04	13.97	2.915	0.036
ระดับน้ำตาลในเลือด	118.57	6.92	129.32	7.25	3.815	0.028
ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)						
ความดันซิสโตลิก	126.36	8.11	131.12	8.72	2.735	0.032
ความดันไดแอสโตลิก	81.52	6.34	85.26	6.96	3.518	0.015

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=29)			กลุ่มควบคุม (n=27)			Independent t- test	P-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ด้านร่างกาย	23.82	2.74	ปานกลาง	22.51	2.19	ปานกลาง	-3.413	0.032
ด้านจิตใจ	25.52	4.26	ดี	22.42	3.57	ปานกลาง	-12.142	0.013
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	14.03	3.59	ดี	9.62	3.81	ปานกลาง	6.392	0.029
ด้านสิ่งแวดล้อม	31.78	4.83	ดี	27.93	3.63	ปานกลาง	4.321	0.010
โดยรวม	95.15	16.10	ดี	82.48	12.99	ปานกลาง	-17.131	0.002

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการเพื่อป้องกัน ชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกัน ชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ และการใช้ยาสมเหตุผล สูงกว่ากลุ่ม

ควบคุม เนื่องจากรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นกรณีศึกษา ซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกัน ชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามแบบแผนการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกัน ชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือว่ามีประโยชน์เป็นอย่างมากรูปแบบกิจกรรมดังนี้ คือ การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำขั้นตอนการให้บริการ ให้โภชนาการแบบกลุ่ม การสาธิตอาหารโดยนักโภชนาการ วิเคราะห์ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ประเมินปัญหา รายบุคคล และรายกลุ่มการแนะนำวิธีการใช้คู่มือการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายบุคคล กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยาสมเหตุผล และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง และ ทบทวน สิ่งที่ได้ทำ/ปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นเครื่องมือให้เกิดการเรียนรู้ สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถจัดการตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปฝึกทักษะ ต่อยอดที่บ้าน โดยมีการตั้งเป้าหมายในการฝึกทักษะดังกล่าวที่ได้รับ และมีการสนับสนุนจากผู้ดูแลและ ครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้นนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น คือ ผู้ป่วย

สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เนื่องจากรูปแบบมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ การพัฒนาความรู้ ทักษะ ตลอดจนความเชื่อ ด้านสุขภาพจนทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiamjariyaporn และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลแบบผสมผสานในการชะลอโรคไตเรื้อรัง ในระยะที่ 3-4 ในชุมชนชนบทของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีระยะติดตามผลเฉลี่ย 2 ปี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยาสมเหตุผล การจัดการกับอารมณ์ และการออกกำลังกายเป็นการรักษาที่สำคัญ ในการป้องกัน ชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ฤทธิทอง¹¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองที่สูงขึ้นรวมถึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับของครีเอตินิน และระดับของอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อดูแล ชะลอ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน จากเป้าหมายของรูปแบบที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้าน ผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมจัดการตนเอง และคุณภาพ

ชีวิต พบว่า ทั้งสามด้านมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของ ราณี อรรณพานุรักษ์ และอนัญญามานิตย์¹² ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี พบว่าการดูแลรักษาโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็น ระยะเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน ตัวล่าง การทำงานของไต และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านระบบบริการ เนื่องจากในหน่วยบริการปฐมภูมิ ขาดนักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ดังนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จัดกลุ่มโดยประสานในการจัดให้ความรู้ร่วมกันเพื่อ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

2. ด้านผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายการชะลอ การป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายรูปแบบการดูแลมีความเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รับรู้ปัญหาของตนเอง และมีส่วนสำคัญในแก้ไขโรคที่เป็นอยู่

3. ด้านครอบครัวและผู้ดูแล ควรส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย จัดสภาพแวดล้อมที่บ้านตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย รูปแบบการดูแลมีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชน เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการเข้าถึงบริการมีความลำบากในการเดินทางการจัดกิจกรรมในชุมชนมีความเหมาะสม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้จริง

4. สถานบริการปฐมภูมินั้นการบริการเชิงรุกค้นหาบุคคลกลุ่มเสี่ยงให้การดูแลโดยเน้นการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมตอบสนองความต้องการตามความเชื่อ วัฒนธรรมและบริบทของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทุนสนับสนุนการวิจัยสำหรับคณาจารย์และบุคลากรงบประมาณรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2566 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

References

1. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual report 2018. Department of Disease Control. Ministry of Public Health, 2018.
2. Ekkapalakorn W, Phakcharoen H, Satiannoppakao W. Health survey Thai citizens by physical examination, No. 6, 2019-2020 Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, 2021. (in Thai)

3. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6): 64-78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64. PMID: 11816692
4. Embrey N. A Concept Analysis of Self-Management in Long-Term Condition. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 2008;10(2): 507-513.
5. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes* 2019.
6. Jirawatkul A. *Biostatistics for health science research*. Khon Kaen: Khon Kaen University, 2008. (in Thai)
7. Seesawang J, Thongtaeng P, Yodthong D. Effectiveness of Self-Management Supportive Program among Hypertensive Older People. *Rama Nurs J*. 2014;20(2):179-192. (in Thai)
8. Polit DF., & Gillespie B. The use of the Intention-to-treat Principle in Nursing Clinical Trials. *Nursing Research*. 2009; 59:391–399.
9. 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. (in Thai)
10. Jiamjariyaporn T, Ingsathit A, Tungsanga K, et.al. Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT study): rationale and design of the study. *BMC Nephrology* 2014; 15:99. (in Thai)
11. Thungtong S, Chinnawong T, Thaniwattananon P. Effects of Self-Management Support Program for Delayed Progression of Diabetic Nephropathy on Self-Management Behaviors and Clinical Outcomes in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015;35(1):67-84. (in Thai)
12. Annapanurak R, Manit A. Development of Nursing Service System among Chronic Kidney Disease Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis by Using Case Management Concept at King Narai Hospital, Lop Buri. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2015;26(1):133-148. (in Thai)