

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Hypertension and type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review on the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS)

ธวัชชัย สัตยสมบุญ^{1*} และ ยუნุช สัตยสมบุญ²

Thawatchai Sattayasomboon^{1*} and Youwanuch Sattayasomboon²

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก^{1*}, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล²

Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok^{1*}, Faculty of Public Health, Mahidol University²

(Received: March 27, 2020; Revised: May 03, 2020; Accepted: May 22, 2020)

บทคัดย่อ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นแนวคิดการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (HT) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) วิธีการทบทวนวรรณกรรมใช้กรอบแนวคิด PICO การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามวิธีของ DiCenso, Guyatt, & Ciliska (2005) เก็บข้อมูลโดยสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์กำหนดและการสืบค้นด้วยมือ ใช้บทความวิจัย รายงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ระหว่าง พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ.2557 คำสำคัญที่ใช้สืบค้นเกี่ยวกับ Chronic Care Model (CCM), Self-Management Support (SMS), Diabetes, Hypertension, Intervention และ RCT Experimental. นำมาสกัดผลการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า

จากบทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ 110 เรื่อง เป็นงานวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 36 เรื่อง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 74 เรื่อง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไป มีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย HT และ T2DM ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตน ลดระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

ควรนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังและโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย HT และ T2DM ในประเทศไทย

คำสำคัญ: การดูแลโรคเรื้อรัง, การสนับสนุนการจัดการตนเอง, เบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tsomboon9@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 081-692-9882)

Abstract

Chronic care model (CCM) and self-management support (SMS) are concepts to improve health care system and patients' outcomes. The aims of this systematic review was to assess the effects of CCM and SMS in hypertension (HT) and type2 diabetes mellitus (T2DM) patients, by using PICO framework, and assessing quality of the studies and level of evidence method (DiCenso, Guyatt, & Ciliska, 2005). An electronic search of the databases was conducted as well as a hand search. All studies published in both Thai and English, from B.E. 2547 to 2557, were included. The keywords relating to CCM, self-management support, hypertension and type 2 diabetes were used in the searching process.

Results revealed that from a total of 110 eligible studies in the review, 36 focusing on HT, and 74 focusing on type 2 DM, were analyzed. Results showed that the CCM and SMS intervention with at least 2 elements was effective to outcomes in term of care, including: self-efficacy, glycemic control, blood pressure lowering, and good behaviors, although some studies showed unclear clinical outcomes. Result suggest that the CCM and SMS approaches for HT and T2DM patients should be considered and adopted in Thai primary healthcare settings, where appropriate.

Keyword: Chronic Care Model, Self-Management Support, Diabetes Type 2, Hypertension

บทนำ

โรคเบาหวาน (DM) และโรคความดันโลหิตสูง (HT) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่เป็นภัยเงียบต่อชีวิตมนุษย์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก (World Health Organization, 2018) ปัจจุบันประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศที่มีรายได้สูง ประมาณจำนวนผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั่วโลกปี มีจำนวน 1.13 พันล้านคน และ 4 ใน 5 ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (World health Organization, 2019) และปี 2017 มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกมากถึง 425 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2017) ในประเทศไทยข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของ HT ร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.7 ในปีพ.ศ. 2557 ความชุกของ DM ในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557 (Aekplakorn, 2004) อัตราตายด้วยโรค HT และ DM ปีพ.ศ. 2552 เปรียบเทียบกับปี 2557 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยโรคความดันโลหิตสูงมี อัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 3.64 คน เป็น 10.95 คน และ โรคเบาหวานอัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 12.21 คน เป็น 17.53 คน ตามลำดับ (Bureau of Non Communicable Disease, 2015) ซึ่งคาดได้ว่าในอนาคตจะมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น อันเนื่องมาจากการมีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมอาหารแบบตะวันตกมากขึ้น โดยที่โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เร่งผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์โลกในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ.2568 โดยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง 2 ใน 5 ที่สำคัญที่เป็นเป้าหมาย 5 โรค คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง วิธีการลดการตายและการป่วยจาก โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง นอกจากการรักษาเมื่อเป็นโรคแล้วการปรับพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงยังช่วยชะลอการเป็นโรคได้

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นที่ทราบกันดีว่าส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานเกลือมากเกินไป สูบบุหรี่ ปัจจัยด้านเมตาบอลิก เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน แม้จะมียารักษาโรคแต่การปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะก่อนเป็นโรคอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับป้องกันโรค เพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้อย่างยั่งยืน (Adepu, Rasheed, & Nagavi, 2007)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) จากการพัฒนาของวากเนอร์และคณะ (Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer, & Bonomi, 2001; Wagner, Davis, Schaefer, VonKorff, & Austin, 1998) เป็นรูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมเชื่อมโยงหน่วยบริการที่มีการดูแลที่มีมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนเน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง (Embrey, 2008; Ryan, & Swin, 2009) การที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุม กำกับดูแลตนเองเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยใช้ความรู้ ทักษะต่างๆ ที่ได้จากการเรียนรู้จากตนเองหรือได้รับจากคนอื่น ในการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญและถูกจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Wagner, Davis, Schaefer, VonKorff, & Austin, 1998) ในประเทศไทยและต่างประเทศมีการประยุกต์แนวคิดนี้ไปพัฒนาบริการผู้ป่วย โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและได้รับว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน (American Diabetes Association, 2019) แต่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังไม่สามารถหยุดการเพิ่มขึ้นของความชุกของโรคเหล่านี้ได้

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเป็นแล้วใช้เวลา ยาวนาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เสียทรัพยากรการเงินด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมของประเทศจากภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน การรักษาไม่ถูกต้องนำไปสู่ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมมากมาย (Sornchamni, & Prakeechip, 2007) ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถของระบบสุขภาพในการจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพในระดับประเทศอย่างเป็นระบบ ให้มีระบบดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทำให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทุกคน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support: SMS) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและมีการพัฒนาเป็นมาตรการจัดรูปแบบบริการที่หลากหลายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทต่าง ๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศแต่ความรู้เกี่ยวกับผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนการจัดการตนเองยังมีน้อยไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่านำไปใช้แล้วผลที่ได้เป็นอย่างไร และยังไม่มีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้อย่างเป็นระบบสำหรับการวางแผนงานเชิงนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในกลุ่มโรคเรื้อรัง (Puwarawuttipanit, Musikthong, Sriprasong, Phligbua, Kasetkala, Hanlop, et al., 2015) เพื่อที่จะนำข้อมูลมาสรุปในเบื้องต้นและเป็นฐานข้อมูลสำหรับต่อยอดความรู้จากงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีต ทำให้เข้าใจการนำมาประยุกต์ใช้ปรับปรุงผลการดำเนินงานในทางปฏิบัติในปัจจุบัน เป็นข้อมูลสำหรับเพิ่มทางเลือกในการปฏิบัติ อันจะช่วยในการวางแผนเชิงนโยบายต่อไปในอนาคต การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพจึงมีความจำเป็นต่อการเป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการจัดบริการที่เหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติต่อไป

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองและการจัดการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-Management Support) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมนี้ ใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework) ได้แก่ P= Population, I=Intervention, C=Comparison, O=Outcome (DiCenso, Guyatt, & Ciliska, 2005) เป็นกรอบในการสืบค้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากร

ประชากร ได้แก่ บทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล และเอกสารรายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ (ที่ตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์) เผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ.2547- พ.ศ.2557 (10 ปี) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support in Chronic Illness (SMS) 2) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) บทความวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่มี Peer-Reviewed และสามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ 4) ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่กำหนด ในปี พ.ศ.2547-2557

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) งานวิจัยที่ศึกษาในเด็กหรือสตรีตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 2) งานวิจัยทดลองในสัตว์ 3) บทความวิจัยที่มีแต่บทคัดย่อไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ 4) บทความวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย 5) เอกสารวิทยานิพนธ์ภาษาไทยที่ไม่ตีพิมพ์และไม่สามารถสืบค้นเล่มฉบับเต็มได้ในช่วงเวลาที่สืบค้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามทางประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Melnyk, & Fineout-Overholt, 2011) 3) แบบฟอร์มบันทึกผลการสกัดข้อมูลผู้วิจัยสร้างเป็นตารางบันทึกผลของงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

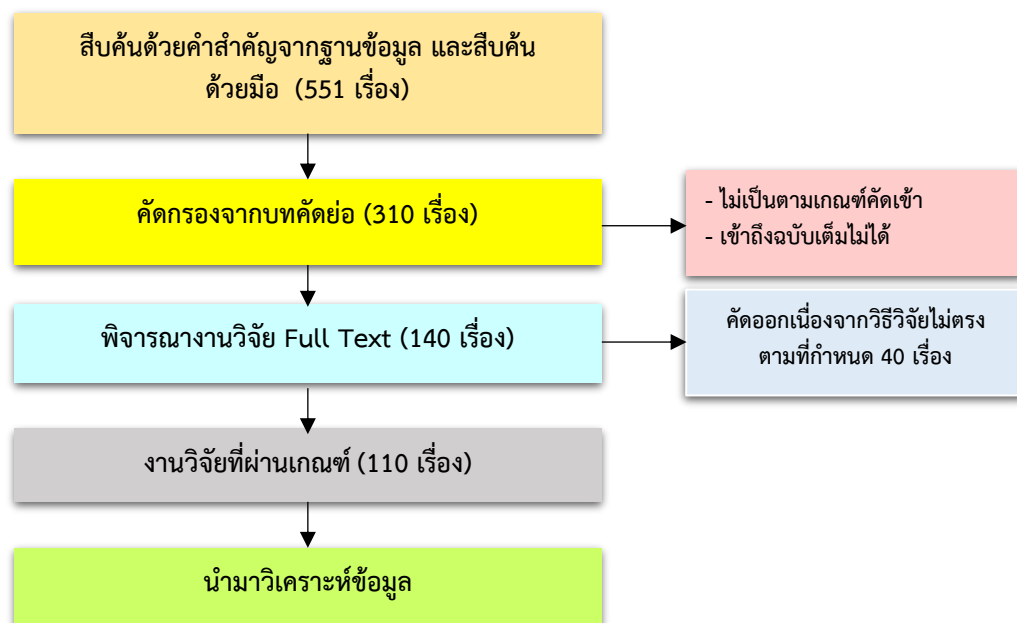
1. กำหนดคำถามการวิจัย ตามกรอบ PICO ในการทบทวนวรรณกรรมนี้ ประชากรหรือผู้ป่วยที่สนใจ (P) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาตรการ (I) คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือ การสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มเปรียบเทียบ (C) คือ กลุ่มที่ได้รับมาตรการอื่น หรือ การดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ (O) คือ ผลของการใช้รูปแบบที่มีการประเมินติดตามภายหลังการใช้มาตรการอย่างน้อย 1 ตัวแปร

2. ระบุคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ CCM, SMS, Diabetes, Hypertension, intervention, RCT Experimental.

3. สืบค้นบทความจากคำสำคัญในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้สืบค้น ได้แก่ 1) ProQuest Nursing 2) CINAHL 3) Cochrane Library 4) Science Direct 5) Ovid 6) Wiley-Inter-science 7) PubMed 8) Biomed Central 9) Blackwell Synergy 10) BMJ Group 11) High Wire Press 12) Springer Link และ 13) Thai List
4. อ่านและคัดกรองบทความคัดย่อ ตามเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก
5. สืบค้นบทความวิจัยฉบับเต็ม เอกสารวิจัยและวิทยานิพนธ์ฉบับเต็ม จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือจากวารสาร และวิทยานิพนธ์ในห้องสมุด
6. ประเมินคุณภาพของงานวิจัย โดยผู้วิจัย 2 คน แยกกันประเมินอย่างเป็นอิสระต่อกัน ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ การพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและความลำเอียงของการวิจัย โดยบันทึกในแบบฟอร์มที่สร้างไว้
7. สกัดข้อมูลผลการวิจัย นำมาสรุปวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูล ลงแบบบันทึกข้อมูล เพื่อสรุปผลที่ได้จากการใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM & SMS) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบการศึกษา PICO ของ Melnyk, & Fineout-Overholt (2011) ประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องนั้น มีคุณภาพดีพอที่จะนำมาใช้หรือไม่ โดยผู้วิจัยสองคนแยกกันอ่านเนื้อหาในแต่ละเรื่อง สรุปเนื้อหาจากเอกสารในหัวข้อประชากร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ มาตรการที่ระบุในการวิจัย ผลลัพธ์จากมาตรการที่นำมาใช้ ตามหัวข้อที่กำหนดในแบบฟอร์มบันทึกผลการวิจัย การสรุปผลวิจัย นำผลสรุปของผู้วิจัยทั้งสองคนมาพิจารณารวมกันแต่ละประเด็นต้อง มีความเห็นสอดคล้องกันทุกประเด็น การจัดการเมื่อมีความคิดเห็นสรุปแตกต่างกันผู้วิจัยนำข้อสรุปนั้น มาอภิปรายตกลงร่วมกัน และนำมาหาข้อสรุปใหม่ที่ตรงกัน การสังเคราะห์ข้อมูลใช้การสรุปเนื้อหา ไม่มีการนำเสนอรายงานเป็นสถิติ นำข้อค้นพบที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์จัดหมวดหมู่เป็นหัวข้อ นำเสนอด้วยการบรรยายสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยในการทบทวนวรรณกรรม แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

งานวิจัยที่ทบทวนวรรณกรรมนี้ พบว่า จำนวนงานวิจัยทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 110 เรื่อง เป็นงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิต 36 เรื่อง ร้อยละ 32.7 วิจัยในผู้ป่วยเบาหวาน 74 เรื่อง ร้อยละ 67.3 งานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิต (36 เรื่อง) เป็นงานวิจัย Meta-Analysis 1 เรื่อง Systematic Review 3 เรื่อง RCT 21 เรื่อง และ Quasi-Experimental 11 เรื่อง วิจัยในผู้ป่วยเบาหวาน 74 เรื่อง เป็นงานวิจัย Meta-Analysis 1 เรื่อง Systematic Review 9 เรื่อง RCT 36 เรื่อง Quasi-Experimental 19 เรื่อง วิจัย Prospective 4 เรื่อง และ Experimental 5 เรื่อง

2. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากหลักฐาน พบว่า การวิจัยต่างประเทศและประเทศไทยเป็นการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งหมดร้อยละ 100 ไม่พบการวิจัยที่นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้เป็นหลักในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย โดยการดำเนินการในโปรแกรมมีลักษณะดังนี้

2.1 เป้าหมายผลลัพธ์ การลดระดับความดันโลหิต และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ลดความอ้วน ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่พบในประเทศไทยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้การจัดการตนเอง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (10 เรื่อง ใน 11 เรื่อง)

2.2 ผลลัพธ์ในการลดความดันโลหิต พบว่า งานวิจัยรายงานผลการใช้โปรแกรมฯ ลดความดันโลหิตได้ผล ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติ แต่บางการศึกษายังไม่ชัดเจน

2.3 วิธีการออกแบบระบบบริการที่ได้ผลดี นอกจากการให้การดูแลรักษาแล้ว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิต มีการรวมการจัดการศึกษาในการจัดการตนเอง โดยการให้มาตรการความรู้เสริมเกี่ยวกับความดันโลหิต ผ่านสื่อทางไกลเพื่อดูผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม การบริหารยาในการควบคุมความดันโลหิต โปรแกรมส่วนใหญ่ยึดหลักที่สำคัญ คือ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การฝึกทักษะ การติดตามค่าความดันโลหิต มีโปรแกรมทางไกลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์อัตโนมัติ ร่วมกับการวัดค่าความดันโลหิตที่บ้าน การติดตามสอนรายกลุ่มทางอินเทอร์เน็ต

2.4 การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยทำการจดบันทึกค่าความดันโลหิต และมีการรายงานผลความดันโลหิต สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีกว่าการบริการปกติ (Angell, Guthartz, Dalal, Foster, Pogue, Wei A, & et al., 2013) โดยในโปรแกรมมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ทำให้ง่ายในการติดตามผู้ป่วย เช่น ติดต่อทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต (Glasgow, Askew, Purcell, Levine, Warner, Stange, & et al., 2013) โทรศัพท์อัตโนมัติได้นำมาใช้ให้ข้อมูลผู้ป่วยในการควบคุมติดตามค่าความดันโลหิต ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพที่รับผิดชอบมีข้อมูลติดตามวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องตามบริบทปัญหาของผู้ป่วย

2.5 โปรแกรมมีการให้ความรู้ฝึกทักษะ ร่วมกับการเน้นการจัดการควบคุมความดันโลหิต โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า นอกจากการจัดโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองจะมีความสำคัญแล้ว การมีการติดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และมีการให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ จะทำให้นำไปสู่เป้าหมายการลด ความดันโลหิตได้

3. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

3.1 จากหลักฐานการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบในการวิจัยต่างประเทศ ส่วนการสนับสนุนการจัดการจัดการตนเองจะมีการใช้เกือบในทุกโปรแกรมที่นำมาใช้เป็นมาตรการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้บริการสุขภาพชุมชน โดยองค์ประกอบจาก CCM ที่นำมาใช้เป็นพื้นฐาน คือ การสนับสนุนการตัดสินใจ ข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนองค์กร และองค์ประกอบที่ต้องปรับให้เข้ากับผู้ป่วยในแต่ละคนหรือแต่ละบริบท คือ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการออกแบบบริการการส่งมอบการดูแล มีการปรับให้เข้ากับปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่พบด้วย การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้การ

ทำงานในระบบสุขภาพเชื่อมโยงกันในแต่ละองค์ประกอบเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมที่ดีขึ้น การวิจัยที่ใช้ CCM มาเป็น แนวคิดจะทำให้เกิดการออกแบบโปรแกรมที่เป็นหลายมิติหรือมีหลายแง่มุม พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยพัฒนาการดูแลผ่านการทำงานเป็นทีม เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ และได้ผลดีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีHbA1C ลดลง (Piatt, Anderson, Brooks, Songer, Siminerio, Korytkowski, et al., 2010; Lee, Siu, Leung, Lau, Chan, Wong, 2011) แม้ผลลัพธ์ทางคลินิกในงานวิจัยยังไม่คงที่ก็ตาม เช่น บางงานวิจัยการลดระดับน้ำตาลตามในเลือดของผู้ป่วย กลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่ก็พบว่ามีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีมากขึ้น

3.2 รูปแบบการผู้ป่วยดูแลตัวเอง ที่นำมาใช้ทำให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน จากระบบ ในปัจจุบันเป็นกรอบการดูแลที่มีหลายแง่มุม เพื่อส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังจะต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นองค์รวม ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จ ในการนำรูปแบบการดูแล ตนเอง ไปใช้ได้ต้องมีการพัฒนาและนำแนวทางของวิทยาการด้านการออกแบบระบบการส่งมอบการดูแล การพัฒนาและการดำเนินการของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนองค์ประกอบจะเป็นไปได้ ต้องมีการตั้งกลุ่มขับเคลื่อนที่จะส่งมอบบริการให้กับผู้ป่วย โดยอุปสรรคต่างๆ ของผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไข ป้องกัน เช่น การขาดข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดี และการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อการ ส่งมอบบริการในการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อทางอินเทอร์เน็ต การใช้สื่อในการเรียนรู้ด้วยตนเอง การติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ผลดีในการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อทำให้เกิดความเชื่อมโยงการทำงานแต่ละองค์ประกอบ จึงเป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน

3.3 เนื้อหาส่วนใหญ่ในโปรแกรมฯ จะมุ่งเน้นที่พฤติกรรมจัดการตนเอง ที่มีความจำเป็นสำหรับ ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับสมาคมผู้ให้ความรู้ด้านเบาหวาน (AADE) มีการใช้ เทคนิคต่างๆ สอนทักษะแก่ผู้ป่วย เช่น ทักษะในการสร้างแรงจูงใจตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา บางโปรแกรม มีการฝึกปฏิบัติจัดการความเครียด การใช้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาได้ด้วย ตนเอง ด้านพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง จะเน้นพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองใน 7 ประการได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพการมีกิจกรรม การตรวจสอบและติดตาม การรับประทานยา การแก้ปัญหา การจัดการ กับปัญหาสุขภาพและการลดความเสี่ยง

3.4 การสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถใช้ในรูปแบบที่หลากหลาย มีการใช้กลยุทธ์ใหม่ๆ ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีความจำเป็นที่ต้องการเพิ่มการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้โปรแกรมที่ใช้ชุมชนเป็นฐานมีการสนับสนุนการจัดการตนเองทางโทรศัพท์ และโปรแกรมที่ใช้ การติดต่อสื่อสารที่ใช้เทคโนโลยีอื่นๆ เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์อัตโนมัติ นอกจากนี้การใช้ทรัพยากรบุคคลใน พื้นที่มาช่วยในการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ที่มีจิตอาสา หรืออาสาสมัคร เป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถนำมาใช้ได้ โปรแกรมการสนับสนุน การจัดการตนเองต้องทำแบบมีการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแล ผู้ป่วยต้องติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวต่อไปอีกหลังจากการจัด อบรมแบบกลุ่มไปแล้ว วัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯในการให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการมีชีวิตอยู่กับ โรคเบาหวาน สอนการแก้ปัญหาในกิจกรรมการดูแลตนเองต่างในโปรแกรมฯ จะมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุภาวะ สุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจากสถานพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายใน การดูแลผู้ป่วย

3.5 โปรแกรมการสอนที่เน้นการตั้งเป้าหมาย มีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีการใช้ เทคโนโลยีมาช่วยในการจัดการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น มีการโทรติดตามเยี่ยม มีการ สนับสนุนด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือจิตอาสาที่อยู่ในชุมชน โดยบทบาทของที่ปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชน มีได้หลากหลาย เช่น บทบาทผู้สนับสนุน ซึ่งจะทำให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย มีการจัดการประชุมกลุ่ม

สนับสนุน การสนับสนุนรายบุคคลทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์ บางโปรแกรมมีวิธีการสนับสนุนเฉพาะบุคคล โดยการสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย มีตั้งแต่การเดินเป็นเพื่อน เพื่อสนับสนุนการเดินออกกำลังกาย ส่งอีเมลล์กระตุ้นการดูแลตนเอง ส่งข่าวสารสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ผู้ป่วย การเสริมแรงให้กำลังใจผลักดัน การช่วยนัดแพทย์ และการสนับสนุนความรู้โดยไปสอนผู้ป่วยที่บ้านในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สนับสนุนผู้ป่วยยังอาจเป็นผู้มีบทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ พิทักษ์สิทธิ์ประโยชน์ (Advocator) และผู้สนับสนุนการจัดโปรแกรมต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย ซึ่งบุคคลที่จัดการในโปรแกรมอาจไม่ได้เป็นบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ แต่เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีหัวข้อในการอบรมในผู้นำกลุ่มสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละหัวข้อ ดังนี้

- 3.5.1 เทคนิคในการจัดการกับปัญหา เช่น ความคับข้องใจ ความเมื่อยล้า หรือปวด
- 3.5.2 การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม
- 3.5.3 การใช้ยาที่เหมาะสม
- 3.5.4 สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ กับครอบครัวเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ
- 3.5.5 ภาวะโภชนาการ
- 3.5.6 วิธีการประเมินผลการรักษา

3.6 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการวิธีการดำเนินการให้เกิดการจัดการตนเองอย่างมีเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดของ ของ Kanfer (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) เป็นกลวิธีการจัดการตนเอง เพื่อให้มีแรงจูงใจ มีความพยายามที่จะจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self-Management) เป็นการสังเกตตนเองและจดบันทึก ปริมาณและความถี่ของพฤติกรรมโดยใช้แบบติดตามตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมจากการใช้แบบติดตามตนเองที่ผู้ป่วย สามารถประเมินพฤติกรรมแต่ละด้านได้ว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) หลังจากผู้ป่วยประเมินเปรียบเทียบ พฤติกรรมตามแบบติดตามตนเองแล้วพบว่าพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นเทคนิค ในการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อย ๆ

นอกจากนี้ พบว่า การจัดการสุขภาพตนเอง รูปแบบการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังมุ่งเน้น การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ไปในทางบวกมากขึ้น

3.7 การวัดผลลัพธ์ในการจัดรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทั้งการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะสั้น ทางคลินิกของโรคเบาหวาน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก ระดับไขมัน ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้บริการทางสุขภาพ ความเชื่อมั่นในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ความผาสุก โดยการวัดผลจากการนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีการวัดผลได้ทันทีหลังจากจัดกิจกรรมตามโปรแกรม การวิจัยที่มีการติดตามผลระยะสั้นในระยะ 2-3 เดือน พบว่า ผลลัพธ์ที่ดีในเรื่อง ความรู้ที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเอง การดูแลเท้า การรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลลัพธ์การลดระดับน้ำตาลในเลือดมีทั้งที่ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดไม่ได้ การติดตามระยะยาว ตั้งแต่ 6 เดือนบางการศึกษาสามารถลดระดับ HbA1c ในเลือด และระดับไขมัน โคเลสเตอรอล หรือระดับ Low-Density Lipoprotein (LDL) ในเลือดที่ดีขึ้น (Tang, Gillard, Funnell, Nwankwo, Parker, Spurlock, et al., 2005; Siminerio, Ruppert, & Gabbay, 2013)

ผลลัพธ์ระยะยาว มีระยะเวลาการวัดผลแตกต่างกันไป เช่น 24 สัปดาห์ 28 สัปดาห์ 9 เดือน 12 เดือน 2 ปี และ 3 ปี จากโปรแกรมที่มีการติดตามระยะยาวตัวแปรที่วัดผลของโปรแกรมฯ ได้แก่ HbA1C ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก พฤติกรรมการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งผลในการลดระดับน้ำตาลในเลือดในงานวิจัยที่พบว่าได้ผลดี โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด หรือ HbA1C ลดลงจากก่อนเริ่มทดลองและแตกต่างกับกลุ่มทดลอง แต่บางผลการวิจัยสรุปผลว่าผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวมากกว่า 6 เดือน กลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ส่วนผลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลเท้า การทำกิจกรรมทางกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลเชิงคุณภาพ เช่น ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น การได้รับข้อมูลสำหรับแก้ปัญหาที่พบในชีวิตประจำวัน ทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง เป็นต้น สวนการวัดผลลัพธ์ในประเทศไทยที่พบในการวิจัยที่พบว่าดีขึ้นได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถนะในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต

อภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ พบว่า จากงานวิจัยทั้งหมด 110 เรื่อง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ทำในต่างประเทศ โดยร้อยละ 67.3 เป็นงานวิจัยในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 32.7 ในโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยนี้ไม่พบงานวิจัยที่ใช้ CCM ทางตรงพัฒนามาตรการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่พบว่าการนำ CCM มาใช้ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการบูรณาการในองค์ประกอบที่สอดคล้องกับ Wagner's Chronic Care Model (Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer, & Bonomi, 2001; Wagner, Davis, Schaefer, VonKorff, & Austin, 1998) ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบสุขภาพชุมชน การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม มีระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ระบบขององค์กรในการดูแลสุขภาพ 2) ออกแบบส่งต่อผู้ป่วยใหม่ 3) สนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบการให้ข้อมูลทางคลินิก 5) สนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งผลงานวิจัยแบบการทดลองแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (Piatt, Anderson, Brooks, Songer, Siminerio, Korytkowski, et al., 2010; Lee, Siu, Leung, Lau, Chan, & Wong, 2011) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Coleman, Austin, Brach, Wagner, 2009)

จากงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง มาใช้เป็นมาตรการดูแลผู้ป่วย HT และ DM สามารถนำมาใช้ได้กับระบบบริการปฐมภูมิ (Siminerio, Ruppert, & Gabbay, 2013) พบว่า การใช้โปรแกรม SMS ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการร่วมกิจกรรม 6 สัปดาห์ เมื่อติดตามผลที่เวลา 6 เดือน ให้ผลดีในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน ลดน้ำหนัก ผู้ป่วยรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยกิจกรรมที่พบในโปรแกรม SMS โดยรวม ประกอบด้วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การดูแลตนเองเรื่องการชั่งยา อาหาร การควบคุม น้ำหนัก การออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ อย่างไม่อย่างหนึ่ง เช่น การสนับสนุนข้อมูล การจูงใจ การไปเยี่ยมที่บ้าน การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมและผลลัพธ์เป็นระยะ ปัจจัยที่ช่วยให้การใช้โปรแกรมได้ผลที่ดีมีผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันอาจนำมาเสริมในการทำกิจกรรมได้ เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบที่เป็นโรคที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค (Wang, Smith, Bosworth, Oddone, Olsen, McCant, et al. 2012 ; Brownson, & Heisler, 2009) จึงควรจัดให้มีการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะเวลาที่สั้นเกินไปอาจทำให้ยังไม่เห็นผล การปรับพฤติกรรมยังไม่

ถาวรแม้จะพบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (Moonsarnand, & Sumpowthong, 2016) ซึ่งหากต้องการลดระดับความดันโลหิตหรือน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรออกแบบโปรแกรมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย (Gihan, & Nadia, 2013; Xue, Yao, & Lewin, 2008; Tongpeth, 2013; Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009) นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จ ในประเทศไทยได้มีการทดลองนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในกระบวนการเยี่ยมบ้านพบว่าได้ผลที่ดีต่อผู้ป่วย (Phunsuwan, Glangkarn, & Tewthong, 2015; Kamlungdee, Bunmusik, & Watcharawiwat, 2017)

ข้อจำกัดในการวิจัยนี้ พบว่า มาตรการที่นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มีความหลากหลาย และมีการวัดผลในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีตัวแปรวัดผลและวิธีวัดผลที่แตกต่างกันไป จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมแบบใดให้ผลต่อผู้ป่วยที่ดีที่สุดหรือเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศไทย ด้วยเหตุผลของบริบทระบบบริการสุขภาพพื้นฐานที่อาจมีความแตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารระบบสุขภาพควรมีนโยบายนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาประยุกต์ใช้ในการปรับระบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานให้เป็นบริการเชิงรุกเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและชุมชน
2. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต่อยอดจากงานวิจัยมาใช้จัดบริการประจำ เช่น ใช้การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ การวัดความดันตนเองที่บ้าน โดยสามารถใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิได้
3. ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถเลือกองค์ประกอบที่พบจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยส่งเสริมให้มีเวลาเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการควบคุมโรค ซึ่งคาดหวังได้ว่าจะช่วยชะลอไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่อไป
4. บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิประเทศไทยควรได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากหลักฐานจากการวิจัย พบว่า เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดโปรแกรมแก่ผู้ป่วย มีบทบาทได้หลายบทบาท เช่น เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้จัดการรายกรณี ผู้สนับสนุนข้อมูล เป็นที่ปรึกษา ผู้ให้คำแนะนำ ผู้ประสานงานระหว่างสถานพยาบาล เป็นต้น และควรพัฒนาการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมในทุกพื้นที่
5. บุคลากรสุขภาพควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนวิจัย

References

- Adepu, R., Rasheed, A., & Nagavi, B.G. (2007). Effect of Patient Counseling on Quality of Life in Type-2 Diabetes Mellitus Patients in Two Selected South Indian Community Pharmacies: A Study. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 69(4), 519.



- Aekplakorn, W. (Ed.). (2004). *Thai National Health Examination Survey*, NHES V. Nontaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- American Diabetes Association. (2019). Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care*, 42(Supplement1), S7-S12.
- Angell, S., Guthartz, S., Dalal, M., Foster, V., Pogue, V., Wei, A., et al. (2013). Integrating Self Blood Pressure Monitoring Into the Routine Management of Uncontrolled Hypertension: Translating Evidence to Practice. *The Journal of Clinical Hypertension*, 15(3), 180-185.
- Brownson, C. A., & Heisler, M. (2009). The Role of Peer Support in Diabetes Care and Self-Management. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 2(1), 5-17.
- Bureau of Non Communicable Disease. (2015). *Annual Report*. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill. (in Thai)
- Coleman, K., Austin, B., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 75-85.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. St. Louis, Mo: Elsevier/Mosby.
- Embrey, N. (2008). A Concept Analysis of Self-Management in Long-Term Condition. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10(2), 507-513.
- Gihan, S. M., & Nadia, E. L. Sayed Ahmed. (2013). Effect of Aerobic Exercise with DASH on Blood Pressure and Lipid Profile in Prehypertensive Women. *Bulletin of Faculty of Pharmacy, Cairo University*, 18(1), 101-108.
- Glasgow, R. E., Askew, S., Purcell, P., Levine, E., Warner, E. T., Stange, K. C., et al. (2013). Use of REAIM to Address Health Inequities: Application in a Low-Income Community Health Center-Based Weight Loss and Hypertension Self-Management Program. *Translational Behavioral Medicine*, 3(2), 200-210.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas, 8th ed*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
- Kamlungdee, U., Bunmusik, P., & Watcharawiwat, A. (2017). The Development of Home Visit Guidelines for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus or Hypertension Run by Family Care Team. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4s, 34-45. (in Thai)
- Kanfer, F. (1988). *Self-Management Methods*. In Kanfer & A.P. Goldstein. (Eds.). *Helping People Change: A Textbook of Methods*. (3rd ed). New York: Pergamon.
- Lee, A., Siu, C. F., Leung, K. T., Lau, L. C., Chan, C. C., & Wong, K. K. (2011). General Practice and Social Service Partnership for Better Clinical Outcomes, Patient Self-Efficacy and Lifestyle Behaviours of Diabetic Care: Randomized Control Trial of a Chronic Care Model. *Postgrad Med J*, 87(1032), 688-693.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt E. (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moonsamand, S., & Sumpowthong, K. (2016). Effects of Dietary Behavior Modification Program Guideline of the DASH with Self-Efficacy Theory and Social Support on Reducing the



- Risk of Hypertension among Pre-Hypertensive Patients. *The Public Health Journal of Burapha University*, 11(1), 87-98.
- Phunsuwan, N., Sumattana, G., & Tewthong, K. (2015). Effectiveness of Change Management Health Beliefs and Health Behaviors Self Risk Essential Hypertension Disease at Kokmamaung Subdistrict, Pakham District, Buriram Province. *Thaksin University Journal*, 18(2), 70-78. (in Thai)
- Platt, G. A., Anderson, R. M., Brooks, M. M., Songer, T., Siminerio, L. M., Korytkowski, M. M., et al. (2010). 3-Year Follow-Up of Clinical and Behavioral Improvements Following a Multifaceted Diabetes Care Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Educ*, 36(2), 301-309.
- Puwarawuttipanit, W., Musikthong, J., Sriprasong, S., Phligbua, W., Kasetkala, P., Hanlop, K., et al. (2015). A Systematic Review of Chronic Care Model and Self- Management Support in Chronic Illness. *Health Syatem Research Reports*. (Thai HSRI) Retrieved June 9, 2019 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4368>. (in Thai)
- Ryan, P., & Swin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nursing Outlook*, 57, 217-225.
- Siminerio, L., Ruppert, K. M., & Gabbay, R. A. (2013). Who Can Provide Diabetes Self-Management Support in Primary Care?: Findings From a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Educator*, 39(5), 705-713.
- Sornchamni, C., & Prakeechip, S. (2007). *Chronic Disease Management Holistic High Cost Diseases*. Nonthaburi: S. Phichit Printing. (in Thai)
- Tang, T. S., Gillard, M. L., Funnell, M. M., Nwankwo, R., Parker, E., Spurlock, D., et al. (2005). Developing a New Generation of Ongoing Diabetes Self-Management Support Interventions: a Preliminary Report. *Diabetes Educator*, 31(1), 91-97.
- Tongpeth, J. (2013). Effectiveness of Self - Management Promoting Potential Program on Blood Sugar Control and Quality of Life Among Diabetes Mellitus Type 2 Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 14(2), 69-78. (in Thai)
- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., VonKorff, M., & Austin, B. (1998). A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature. *Managed Care Quarterly*, 7(3), 56-66.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. E. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
- Wang, V., Smith, V. A., Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., Olsen M. K., McCant, F., et al. (2012). Economic Evaluation of Telephone Self-Management Interventions for Blood Pressure Control. *American heart journal*, 163(6), 980-986.
- World Health Organization. (2018). *Non Communicable Disease Countries Profile 2018*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Hypertension*. Retrieved May 11, 2019 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets>.
- Xue, F., Yao, W., & Lewin, RJ. (2008). A Randomised Trial of a 5 Week, Manual Based, Self-Management Programme for Hypertension Delivered in a Cardiac Patient Club in Shanghai', *BMC Cardiovascular Disorders*, 10(8), 1-11.