# บทที่ 2

# ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำผลที่ได้มาจัดทำเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดระเบียบวิธีของวิจัย ตลอดจนนำมาประกอบการอภิปรายผลในบทอื่นๆ ต่อไป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อรัง
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
    - พฤติกรรมการดูแลตนเอง
    - ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
    - การมีส่วนร่วมของชุมชน
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## โรคเรื้อรัง

ผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้โรคเรื้อรัง เกี่ยวกับ ความหมายของโรคเรื้อรัง สาเหตุของโรคเรื้อรัง การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แนวทางการดูแลกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

### 1. ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) หมายถึง กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการติดเชื้อไม่ได้ติดต่อทางการสัมผัสคลุกคลี หรือผ่านตัวนำโรค (พาหะ) ส่วนหนึ่งจากพันธุ์กรรม และพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม และเป็นโรคที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคช้า ปัจจุบันกลุ่มโรค NCDs มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ (Cardiovascular Disease) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วนลงพุง (Abdominal Obesity) ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

**2. สาเหตุของโรคเรื้อรัง**

สาแหตุที่สำคัญของโรคเรื้อรัง คือ 3 อ. 2 ส. ได้แก่ อ. อร่อยเกิน อ. อยู่สบายเกิน อ. เอาแต่ใจเกิน และ ส. สูบบุหรี่ ส. สุรา เป็นประจำ

- อ้วนลงพุง
- น้ำหนักเกิน
- สูบบุหรี่ หรือดมควันบุหรี่เป็นประจำ
- ดื่มสุรา แอลกอฮอล์เป็นประจำ
- เป็นโรคไม่ติดต่ออยู่แล้ว โดยเฉพาะควบคุมโรคที่เป็นอยู่ไม่ดี
- มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรัง หรือเคยขยาย/ ใส่ขดหลอด/ ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ทำบอลลูน/ บายพาส หรือตายเฉียบพลันโดยไม่รู้สาเหตุตอนอายุน้อย โดยเพศชายไม่เกิน 55 ปีและเพศหญิงไม่เกิน 65 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

**3. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการคัดแยกบุคคลที่เห็นว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้นออกจากกลุ่มบุคคลที่ปกติ

แนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หมายถึง การคัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พร้อมแจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติตนให้แก่ผู้ได้รับการคัดกรองตามสถานะความเสี่ยง กลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง ได้แก่ ประชากรที่มีอายุ 15 - 34 ปี และประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

ขั้นตอนการคัดกรองตามผังการดำเนินงาน มีดังนี้

- การคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 15-34 ปี
- การคัดกรองเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 15-34 ปี
- การคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 35 ปี
- การคัดกรองเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 35 ปี

**การคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 15-34 ปี**

1. วัดระดับความดันโลหิตด้วยเครื่องมาตรฐาน

2. ถ้าวัดค่า BP ตัวบน < 120 และตัวล่าง < 80 มม.ปรอท ให้จัดว่าเป็นกลุ่มปกติ โดย Follow Up ด้วย การวัด BP ตามมาตรฐานซ้ำทุก 1 ปี ถ้าวัดค่า BP ตัวบน 120 - 139 และตัวล่าง 80 - 89 มม.ปรอทให้จัดว่า

เป็นกลุ่มเสี่ยง โดย Follow Up ด้วยการวัด BP ตามมาตรฐาน ซ้ำทุก 6 เดือน ถ้าวัดค่า BP ตัวบน 140-179 และ/หรือตัวล่าง 90-109 มม.ปรอท ให้ส่งยืนยันการวินิจฉัยโดยแพทย์ ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ หากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มป่วยภาวะโรคความดันโลหิตสูงหรือถ้าวัดค่า BP ตัวบน ≥180 และ/หรือตัวล่าง ≥ 110 มม.ปรอทให้ดำเนินการ Follow Up ด้วยการวัด BP ตามมาตรฐานซ้ำ 1 สัปดาห์ ติดตามและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิต และประเมินโอกาสเสี่ยง CVD ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560

**การคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 15-34 ปี**

1. คัดกรองความเสี่ยงของโรคเบาหวานด้วยวาจา หากพบปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 3 ข้อ ให้จัดว่าเป็นกลุ่มปกติ และให้คำแนะนำ แล้วดำเนินการ Follow up มาตรฐาน ทุก 1-2 ปี

2. พบปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป แล้วตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการเจาะปลายนิ้ว (Fasting Capillary Glucose: FCG) หากผลการตรวจ พบว่า FCG < 100 มก/ดล. ให้จัดว่าเป็นกลุ่มปกติและให้คำแนะนำแล้วดำเนินการ Follow up มาตรฐาน ทุก 1-2 ปี หากผลการตรวจ พบว่า FCG = 100-125 มก/ดล. ให้จัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงประเมินปัจจัยเสี่ยง CVD ด้วยวาจา แล้วให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงแล้วดำเนินการ Follow up มาตรฐาน ทุก 1 ปี และFollow up ตามความเหมาะสมของความเสี่ยง หากผลการตรวจพบว่า FCG ≥126 มก/ดล.ส่งยืนยันการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นกลุ่มป่วยโรคเบาหวานหรือไม่ และพบปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป ให้ ติดตามและประเมินภาวะแทรกซอนจากโรคเบาหวาน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

**การคัดกรองความเสี่ยงของเบาหวานด้วยวาจา (Verbal Screening) 5 ข้อดังนี้**

1. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รอบเอว ≥1/2 ของสวนสูง (เซนติเมตร) หรือมีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2
2. มีภาวะความดันโลหิตสูง BP ≥ 140/90 มม.ปรอท หรือมี ประวัติเป็น HT หรือรับประทานยาควบคุมHT
3. มีรอยพับ รอบคอหรือใต้รักแร้ดำ
4. มีประวัติบิดามารดา พี่ หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน
5. สูบบุหรี่

(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

**การประเมินปัจจัยเสี่ยง CVD ด้วยวาจา 9 ข้อดังนี้**

1. การกินผัก ผลไม้ไม่เพียงพอ (ผัก ผลไม ้< 400 กรัมต่อวัน)
2. การมีวิถีชีวิตนั่งๆนอนๆ (มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง < 150 นาทีต่อสัปดาห์)
3. สูบบุหรี่ (ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้นยาสูบ บุหรี่ซิกกาแรตบุหรี่ซิการ์) หรือหยุดสูบไม่เกิน 1 ปี

4. ดัชนีมวลกาย และ รอบเอวเกิน

5. มีอัตราส่วนของ Chol ต่อ HDL > 5 หรือประวัติไขมันผิดปกติ

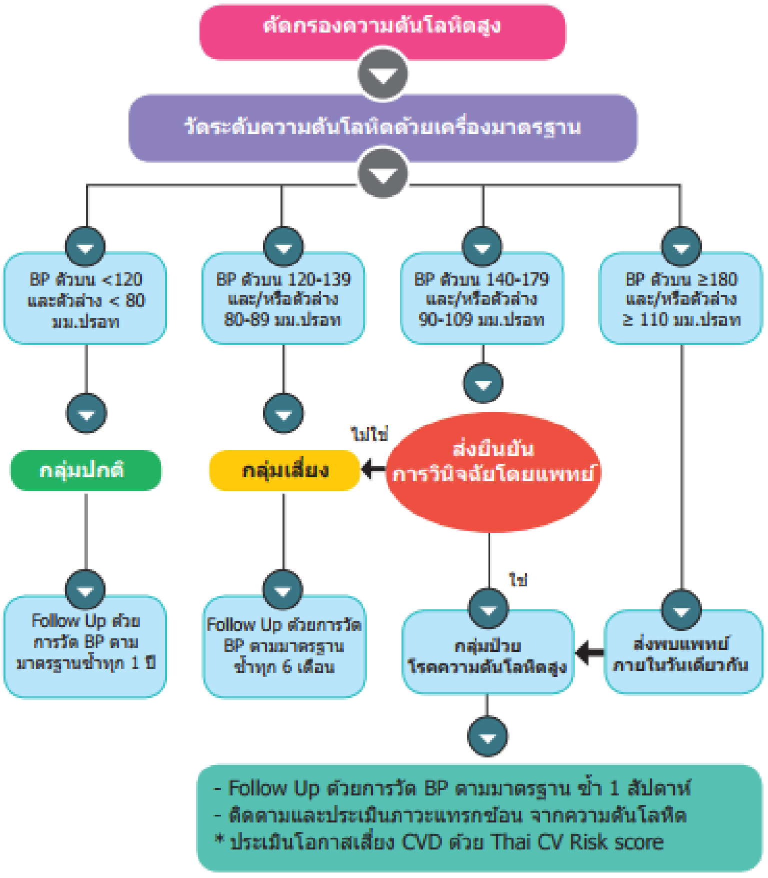
6. มีประวัติ HT

7. มีประวัติ DM

8. มีประวัติ IHD และ/หรือ Stroke

9. ประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่ หรือน้อง) เคยได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วย CVD (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

**การคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป**



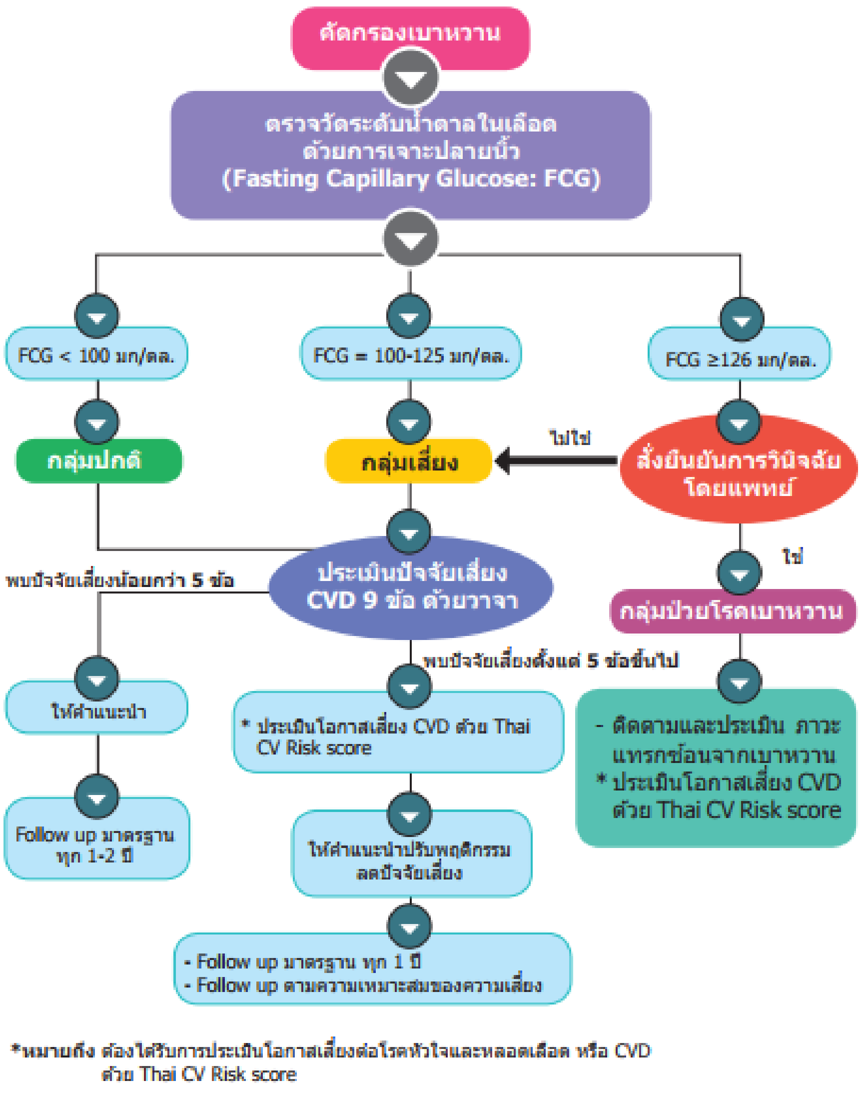

* หมายถึง ต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD ด้วย Thai CV Risk score

หมายเหตุ กรณีวัดความดันโลหิตที่บ้าน การแปลค่าความดันโลหิต จะลดลงอีก 5 มิลลิเมตรปรอท

**ภาพที่ 1** การคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

**ที่มา :** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560

**การคัดกรองเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป**




**ภาพที่ 1** การคัดกรองเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

**ที่มา :** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560

**การคัดกรองเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป**

หากมีข้อจำกัด เรื่องทรัพยากรในการดำเนินงาน ควรจัดให้มีการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานด้วยวาจา 6 ข้อดังนี้

1. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รอบเอว ≥1/2 ของส่วนสูง (เซนติเมตร) หรือมีดัชนี มวลกาย ≥ 25 กก./ม.2
2. มีประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่หรือน้อง) เป็นเบาหวาน
3. มีระดับความดันโลหิตสูง ≥ 140/90 มม.ปรอทหรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง
4. ประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ(ไตรกลีเซอไรด์ ≥ 250 มก./ดล. และ/หรือ HDL cholesterol < 35 มก./ดล.)
5. ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 มก./ดล.หรือการตรวจน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลัง กินกลูโคส 75 กรัม มีระดับน้ำตาลเท่ากับ 140-199 มก./ดล. 6. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม

*เมื่อพบปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัยขึ้นไป ให้ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว

**3. แนวทางการดูแลกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**

การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งหากตรวจพบภาวะผิดปกติต้องส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) ดังนี้

**ผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

1. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจจอตา ด้วย Fundus Camera หรือ Ophthalmoscope ปีละ 1 ครั้ง หากพบภาวะจอตาผิดปกติ ให้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

2. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยการตรวจปัสสาวะและ albuminuria (microalbuminuria) หรือ urine albumin/creatinine ratio ปีละ 1 ครั้ง

3. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (ตรวจระบบประสาทรับความรู้สึก) อย่างน้อยปีละครั้ง

4. การตรวจสุขภาพของปากและฟันอย่างน้อยปีละครั้ง

5. การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD) ปีละ 1 ครั้ง

**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

1. การตรวจติดตามการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยสอง ครั้งในรอบปี )

2. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยการตรวจปัสสาวะและ albuminuria (microalbuminuria) หรือ urine albumin/creatinine ratio ปีละ 1 ครั้ง

3. การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ปีละ 1 ครั้ง

**ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง**

การดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991) ให้ความหมายของการดูแลตนเองวาเปนกลวิธีสำคัญ เมื่อบุคคลมีอาการไมสบาย หรือมีความเจ็บ ปวยเกิดขึ้นบุคคลจะริเริ่มปฏิบัติกิจกรรม และกระทำอยางมีเปาหมาย (deliberate action) และเมื่อไดกระทำไปอยางมีประสิทธิภาพจะมีสวนชวยสงเสริมใหโครงสรางหนาที่และพัฒนาการของแตละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด แมวาเปาหมายของการดูแลสุขภาพของบุคคลเพียงเพื่อรักษาไวซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพก็ตาม แตกิจกรรมการดูแลตนเองบางอยางอาจกอใหเกิดอันตราย ตอชีวิตและสุขภาพได เชนการรดน้ำมนต การใชยาสมุนไพรบางชนิด หรือยาพื้นบานโอเร็ม (Orem, 1991) เรียกการดูแลตนเองที่อาจกอใหเกิดอันตรายนี้วาเปน “Non-therapeutic” ดังนั้นการดูแลตนเองจะเปน “Therapeutic” ตอเมื่อมีผลทำใหบุคคล

1. รักษาไวซึ่งสุขภาพและหนาที่ที่เปนไปตามปกติ

2. สงเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการบรรลุวุฒิภาวะของบุคคลตามศักยภาพ

3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ

4. ปองกัน หรือชดเชยภาวะไรสมรรถภาพ

5. ส่งเสริมสวัสดิภาพภาพ และความผาสุกของบุคคล

แนวคิดการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) มีลักษณะที่สำคัญสามารถนำมาพิจารณาเพื่อใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสรุปได้ดังนี้

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จงใจ และมีเป้าหมาย (deliberate action and goal oriented) เป็นระบวนการกระทำดวยความตั้งใจ หรือเจตนาที่จะใหบรรลุผลตามที่ตองการ เพื่อ ควบคุมปจจัยตาง ๆ ที่มีผลกระทบตอหนาที่ และพัฒนาการของตนเองเพื่อรักษาไวซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ซึ่งประกอบดวย 2 ระยะ คือ 1) ระยะพิจารณาและตัดสินใจ เปนการประเมิน พิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณที่เกิดขึ้นวาจะเปลี่ยนแปลงอยางไร รวมทั้งการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง โดยเนนไปที่ตัวบุคคลในภาวะปกติสุข (wellness oriented) มากกวาจะเนนการเปนโรค หรือการเจ็บป่วย (diesease oriented) 2) ระยะของการ

กระทำ เปนการกระทำการดูแลตนเอง และการประเมินผลการกระทำดังกลาวโดยมีพฤติกรรมหรือเปาหมายในการดูแลตนเอง 3 ลักษณะดวยกัน คือ

1) การดูแลตนเองตามความจำเปนโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เปนการดูแลตนเองเพื่อการสงเสริมและรักษาไวซึ่งสุขภาพของบุคคล ความสมบูรณในโครงสรางหนาที่การทำงานของบุคคล และประคับประคองใหดำเนินชีวิตเปนไปอยางปกติซึ่งพฤติกรรม เหลานี้มีความจำเปนสำหรับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย ไดแก การดูแลตนเองเกี่ยวกับอากาศ อาหาร น้ำ การขับถาย การพักผอน การมีปฏิสัมพันธกับบุคคลอื่น การปองกันอันตรายตอชีวิต และสวัสดิภาพการสงเสริมพัฒนาการ

2) การดูแลตนเองตามความจำเปนตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เปนการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษยในระยะตาง ๆ อันเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษยระยะตาง ๆ ตลอดวงจรชีวิต เชน การเจริญเติบโตเขาสูวัยตาง ๆ การตั้งครรภ การคลอด หรือการสูญเสียบุคคลใกลชิดที่เปนอุปสรรคตอ พัฒนาการของบุคคล การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการในผูปวยเบาหวานในที่นี้ หมายถึงการดูแลตนเองเพื่อปองกันการเกิดผลเสียตอพัฒนาการ โดยการจัดการเพื่อบรรเทาอารมณเครียดหรือ เอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บปวยตลอดจนปญหาความตึงเครียด ดานอารมณที่อาจเกิดขึ้นในผูปวย เบาหวาน จนทำใหระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นผูปวยเบาหวานจึงจำเปน จะตองหาวิธีผอนคลาย เชน การหาสาเหตุ การแกปญหาบางอยางมีเหตุผล การระบายความรูสึก ใหผูใกลชิดฟง การทำสมาธิ การสวดมนต การพักผอน การทำกิจกรรมตางๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือหาวิธีอื่นๆ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลลง

3) การดูแลตนเองตามความจำเปนในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ (health - deviation self-care requistes) เปนการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวย บาดเจ็บ ความพิการหรือไดรับ การตรวจวินิจฉัยและรักษา ไดแก การแสวงหาความชวยเหลือที่เหมาะสม การปฏิบัติเพื่อ การแกไขปญหาสุขภาพ การใหความสนใจรับรูขอมูลขาวสารที่เกี่ยวของกับตนเอง การปรับอัตมโนทัศน และการเรียนรูที่จะมีชีวิตอยูกับผลของพยาธิสภาพและสภาวะที่เปนอยูอยางปกติสุขการดูแลตนเองตามความจำเปนเมื่อมีปญหาสุขภาพเหลานี้ มีเปาหมายในการพิจารณาและกำหนดทางเลือกหรือกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองตามความจำเปนแตละอยางก็ตองการกิจกรรมเฉพาะที่จะเลือกไปสูเปาหมายนั้น ๆ ในสถานการณหนึ่งๆ หรือในชวงเวลาหนึ่งบุคคลอาจจะมีความตองการการดูแลตนเองตามความจำเปนหลายดานในขณะเดียวกันจึงตองอาศัยกิจกรรมหลายอยางเพื่อสนองตอบตอความตองการการดูแลตนเองที่จำเปนเหลานั้น ซึ่งโอเร็ม(Orem, 1991)เรียกวา Therapeutic Self-care Demand (TSCD) หรือความตองการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึง กิจกรรมทั้งหมดที่จำเปนตองกระทำเพื่อใหบรรลุเปาหมายคือ การดูแลตนเองตามความจำเปนทั้งหมดของบุคคลภายใตเงื่อนไขตางๆ ตลอดจนสถานการณที่ประสบอยู

ดังนั้นการดูแลตนเองจึงเปนการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มขึ้น และกระทำเพื่อรักษาไว ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองจึงเปนการกระทำที่จงใจ และมีเปาหมาย และเมื่อกระทำได อย่างมีประสิทธิภาพจะมีสวนชวยทำให โครงสรางหนาที่ และพัฒนาการของแตละบุคคลดำเนินไปได ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองยังรวมถึงการมุง จัดการ หรือแกไขปญหาซึ่งเกี่ยวของกับปจจัยภายนอก ซึ่งเปนการกระทำที่ผู อื่นสังเกตเห็นได และการปรับความรู สึกนึกคิด และอารมณ ของตนเอง ผู้วิจัยจึงนำพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรักษาสุขภาพอนามัย และด้านการจัดการกับความเครียดและการพักผ่อน มาศึกษาวิจัย

**แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)**

**Cabb (1976)** กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้แต่ละบุคคลเชื่อว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ หรือได้รับการยกย่อง มีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม **House (1981)** กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือ ด้านต่างๆ เช่น ด้านการเงิน ด้านสิ่งของ ด้านแรงงาน รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง **Pender (1996)** กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การได้รับความรักการได้รับรู้ถึงคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นๆ โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั้น ที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือบุคคลทางจิตวิทยาที่อยู่ในภาวะวิกฤตโดยผู้รับการสนับสนุนนั้นเชื่อว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง และมีคุณค่า **เฮาส์ (House, 1981)** กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกันทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ และได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร

**การมีส่วนร่วมของประชาชน**

การมีส่วนร่วมของประชาชน (People’s Participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ทั้งนี้ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top - down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom - up) แนวทางดังกล่าวสอดรับกับแนวคิดของ โอคเลย์ (Oakley. 1984 : 17) ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหาย

(Missing ingredient) ในกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมาย ปัจจัย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากล่าวไว้เท่าที่จำเป็นและสอดคล้องกับแนวทางการศึกษา ดังนี้ (สุธี วรประดิษฐ, 2555)

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

โคเฮนและอัพฮอฟ (Cohen and Uphoff. 1981 : 6) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

- การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
- การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
- การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาคองค์การสหประชาชาติ (United Nation. 1981 : 5) และรีเดอร์ (Reeder. 1974 : 39) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วมว่าการมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคมทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

คูฟแมน (Koufman. 1949 : 7) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

นอกจากนี้ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542 : 5) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วม ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

3. ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ฟอร์นารอฟ (Fornaroff. 1980 : 104) เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล

2. การดำเนินงาน

3. การใช้บริการจากโครงการ

4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

นอกจากนี้ อภิญญา กังสนารักษ์ (2544 : 14 – 15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ

2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้ ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2547 : 49) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข

2. การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา

3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน

4. การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

**วรรณภา ศรีธัญรัตน์ (2550)** ได้ศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ของผู้สูงอายุและครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ของผู้สูงอายุและครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้สูงอายุและครอบครัวจำนวน 52 คน จาก 34 ครอบครัว เป็นผู้สูงอายุชายรวม 17 คน และผู้สูงอายุหญิงรวม 35 คน อาศัยในเขตชุมชนเมือง เขตกึ่งเมืองและเขตชนบท ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมักรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีรสหวาน เมื่อคิดว่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองดีขึ้น และผู้สูงอายุและครอบครัวให้ความหมายของความสูงอายุและความเจ็บป่วยว่าเป็นผู้ที่มีชีวิตมายาวนานมีความเสื่อมของสังขารทางด้านร่างกายจิตใจและความสำนึกคิดมีฉายานามเรียกต่างๆ มีความเจ็บป่วยเป็นธรรมดาซึ่งเมื่อเกิดแล้วอยู่นานหรือเรื้อรังความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวรกรรมทรมานและสะสมรุมเร้าและผู้สูงอายุพึงมีวิถีชีวิตที่จะช่วยให้ตนเองคลองสังขารยามสูงวัยได้อย่างสมดุล

**วิมลรัตน์ จงเจริญและคณะ (2551)** ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 32 รายอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่สองและมารับทำรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การวิจัยแบ่งออกเป็นสองระยะคือระยะแรกเป็นการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ระยะที่สองเป็นการวางแผนและกำหนดแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์สนทนากลุ่มและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าก่อนการศึกษาโครงการผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคเกิดจากกรรมพันธุ์ความเสื่อมของร่างกายเนื่องจากอายุมากเป็นโรคที่เกิดขึ้นในทุกคน เห็นโรคเรื้อรังสังคมไม่รังเกียจ มีอาการอ่อนเพลีย การควบคุมอาหารไม่เหมาะสม ได้แก่ งดอาหารหวานไม่ได้ ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองก็ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่สอง ภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมมีการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่องดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและเผชิญปัญหาได้

**เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์และคณะ (2553)** ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุรณาวาส มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุรณาวาส โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุรณาวาส จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธ์ เป็นโรคเรื้อรังเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร เช่น งดอาหารหวานไม่ได้ ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือลืมรับประทาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเครียดสูง มีภาวะบีบคั้นและความขัดแย้งในวิถีชีวิต ได้รับการสนับสนุนทางลบจากครอบครัว และมีข้อจำกัดด้านสุขภาพภายหลังสิ้นสุดโครงการพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ดีขึ้นทุกด้าน มีการควบคุมอาหารได้ถูกต้อง มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

**นันทพร บุษราคัมวดี และยุวมาลย์ ศรีปัญญวุฒิศักดิ์ (2555)** ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลนครนายก การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงเพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการทบทวนวรรณกรรม การสังเกต การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) ระยะการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test และผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในจำนวน 10 คน 3) ระยะประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ ผลการวิจัยพบว่า 1) จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า บุคลากรยังมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ยังไม่มีรูปแบบในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ชัดเจน จึงมีการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการจัด ค่ายเบาหวานและการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยการเสริมสร้าง พลังอำนาจโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และความพึงพอใจ ในการจัดค่ายเบาหวานในระดับสูง ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้ กระบวนการกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยเบาหวานแผนกผู้ป่วยใน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูง กว่าก่อนการทดลองและมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลอง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก

**วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิ และคณะ (2558)** ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าส่วนใหญ่วิจัยจะทำในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ส่วนที่ทำน้อย ได้แก่โรคเมตาบอลิกซินโดรม และโรคหลอดเลือดเลือดสมอง แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุน ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดา ประเทศไทยก็เริ่มสนใจตั้งแต่มีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม

พบงานวิจัยในเมืองไทยที่ทำเกี่ยวกับการจัดการและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาของนิสิตและนักศึกษา และอาจารย์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ แต่ยังไม่พบว่ามีการนำการจัดการและการสนับสนุนการจัดการตนเองรวมทั้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในระบบบริการการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถ้าจะให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีจะต้องมีการใช้องค์ประกอบในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มากกว่า หนึ่งองค์ประกอบ ผลการวิจัยพบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางบวก แม้ว่าการวิจัยบางเรื่องผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจนแต่พบกระบวนการดูแลดีขึ้น

**คมสรรค์ ชื่นรัมย์ บุญสิทธ์ ไชยชนะและกรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ (2559)** ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลสุคิริน ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอนคือ 1. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง การประยุกต์ใช้การกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) และเลือกใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมใน 6 ขั้นตอน 1) การนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหา 2) การกำหนดเป้าหมาย 3) การค้นหากิจกรรมการพัฒนา 4) จัดลำดับความสำคัญ 5) วางแผนหาผู้รับผิดชอบ 6) จัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสุคิริน แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ จำนวน 35 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมใน 6 ขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และสถิติพรรณนา 2. ขั้นตอนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 24 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า 1. รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองด้วยกระบวนการ AIC มี 2 รูปแบบคือ1) รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติหรือผู้ดูแลประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4 คือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการจัดการอารมณ์ 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับทีมสุขภาพโรงพยาบาลสุคิรินและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยการประเมิน ติดตาม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เห็นคุณค่าในตนเองและมีความตระหนักรวมทั้งมีพลังอำนาจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประสบผลสำเร็จ 2. ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สุดฤทัย รัตนโอภาส (2560)** ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร มีวัตุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จำนวน 32 คน ด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตั้งแต่ธันวาคม 2558-กุมภาพันธ์ 2559 ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การร่วม วิเคราะห์ปัญหา การเสริมพลัง และเชื่อมความสัมพันธ์ 2) กิจกรรมการปรับเจตคติในการดูแลสุขภาพตนเอง 3) กิจกรรม ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4) การสร้างคู่มือการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วย 5) กิจกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 6) กิจกรรมการเสริม แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข จากผลการศึกษาดังกล่าว สถานพยาบาลต่างๆ ที่มีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรส่งเสริมกิจกรรม การพัฒนาตนในการดูแลสุขภาพตนเองในคลินิกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และจัดระบบการส่งต่อติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามหลักการเวชปฏิบัติครอบครัว

**นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ (2560)** ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้และ 2) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้การดำเนินงานประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบฯ 3) ทดลองและปรับปรุงรูปแบบฯ และ 4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดลำปาง 13 แห่ง จำนวน 26 คน 2) ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ จำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้พยาบาล 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยฯ 4) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยฯ 5) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยฯวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Paired t-test, Repeated measures ANOVA ผลการวิจัยพบว่า 1. รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบได้แก่องค์ประกอบ 1 กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาลมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การประเมินผล และองค์ประกอบที่ 2 กระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การเลือกรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การประเมินผลน้ำตาลในเลือด 5) การจัดการความเครียด 6) การจัดการภาวะแทรกซ้อน และ 2. ผลของการนำรูปแบบฯไปใช้พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยหลังทดลองรูปแบบฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05