

การใช้กระบวนการกรุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*

ไฟเราะ ผ่องโชค** R.N., วทม. (วิทยาการระบบ)

เฉลิมศรี นันทวรรณ** R.N., วทม. (สาธารณสุขศาสตร์)

บทคัดย่อ : การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดและอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังการใช้กระบวนการกรุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอาชีวะบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การศึกษาเริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 41 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 36 คน (87.80%) อายุระหว่าง 37 - 77 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.41 ปี เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนัก เทปวัดส่วนสูง เครื่องตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (Glucometer) เครื่องตรวจวัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐาน (Sphygmomanometer) และกระบวนการกรุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยจัดกลุ่มเดือนละครั้งเป็นเวลา 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-50 นาที ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการกรุ่มช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 184.66 mg%, 178.24 mg%, 181.34 mg% และ 164.20 mg% ตามลำดับ ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการกรุ่มช่วยเหลือตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังการใช้กระบวนการกรุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) การจัดการพยาบาลโดยมีรูปแบบการใช้กระบวนการกรุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยเสริมการดูแลผู้ป่วยให้มีการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มอาการผิดปกติทาง metabolic (metabolic syndrome) ได้

คำสำคัญ : กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การดูแลตนเอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

* ได้รับทุนอุดหนุนจากมูลนิธิ อาช่าวดิศ-ศิริรัตน์

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดเนื่องจาก การขาดสารรูโนน อินซูลินหรือประลิทอิพาร์ของอินซูลินลดลง ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ ค่าปกติระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 6 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 70-110 มก.เเพอร์เซ็นต์ ถ้าพบว่ามีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมเเพ่อเซนต์ใน การเจาะเลือดอย่างน้อย 2 ครั้ง ก็วินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคเบาหวาน (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2543) เบาหวานชนิดที่พบมากในผู้อายุมากกว่า 40 ปีมัก เป็นเบาหวานชนิดที่ไม่พึงอินซูลินซึ่งเกิดจากภาวะที่ตับอ่อนสร้างอินซูลินได้น้อยหรือร่างกายต้องต่ออินซูลิน (Abdella, Al Arouj, Al Nakhi, Al Assoussi, & Moussa, 1998) มักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดอันตรายถึงชีวิตสูงกว่าคนปกติร้อยละ 4 (Valmadrid, Klein, Moss, Klein, & Cruickshanks, 1999) จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และมีภาวะแทรกซ้อนจะทำให้มีโอกาสตัดขาดหรือเท่าได้ถึงร้อยละ 10.3 ถึง 13.8 (Siitonen, Niskanen, Laakso, Siitonen, & Pyorala, 1993) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ จากการสำรวจประชากรไทย อายุ 30 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2532-2534 พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 3.26 (พงศ์อมร บุญนาค, 2542) ในกลุ่มประชากรไทยสูงอายุพบได้ร้อยละ 10-15 โดยร้อยละ 99 เป็นชนิดไม่พึงอินซูลิน (ชนานวน ธนสุกานุจน์ และพิสมัย จารุชวัลิต, 2542) ซึ่งปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีประวัติคุณในครอบครัวเป็นเบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถึง 10 เท่า (สุภารัณ์ ธนาเกียรติวารี, 2531) จากการศึกษายังพบปัจจัยอื่น

ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกายเป็นต้น (American Diabetes Association, 2004)

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังอีกโรคหนึ่ง ที่พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของคนทั่วไป สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2543) ได้ให้ความหมายภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ความดันชั่วบนมีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปหรือความดันชั่วลงมีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้และมีอันตรายถึงชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมได้แก่ ภาวะโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 50 จากภาวะหลอดเลือดในสมองแทรกซ้อนร้อยละ 33 และจากภาวะไตวายร้อยละ 10-15 (Kaplan, 1992) การวินิจฉัยโรครวมทั้งการดูแลติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกส่งผลโดยตรงในการควบคุมโรคซึ่งทำให้มีชีวิต pastoral ได้เช่นเดียวกับคนปกติ สาเหตุภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 ไม่พบโรคหรือภาวะผิดปกติหรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูงซึ่งเรียกว่า ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ มากพบในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป นอกจากนี้มักพบว่า ปัจจัยทางกรรมพันธุ์อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคกล่าวคือ ผู้ที่มีพ่อแม่ที่มีน้องในครอบครัวเดียวกันเป็นโรคนี้ มักมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติดังกล่าวประมาณ 3 เท่า (Abdella et al., 1998) ส่วนอีกประมาณร้อยละ 10 อาจตรวจพบโรคหรือภาวะผิดปกติที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะถ้าพบในคนอายุต่ำกว่า 30 ปีจะเรียกว่า ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2543)

โรคเรื้อรังทั้งเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการผิดปกติทาง metabolic (Metabolic syndrome) หมายถึงภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

ไฟเราะ ผ่องโชค และ เฉลิมครี นันทวรรณ

(Abizaid et al., 1998) เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการผิดปกติทาง metabolic (Metabolic syndrome) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะตั้งแต่ 3 ใน 5 รายการดังต่อไปนี้ (1) ภาวะอ้วน (2) ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มม.ปอร์ต (3) ระดับไขมันในเลือดชนิด Triglycerine มากกว่า 150 มก.ปอร์เซนต์ (4) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มหาด 6 ชั่วโมงมากกว่า 110 มก.ปอร์เซนต์ (5) ระดับไขมันในเลือดชนิด HDL น้อยกว่า 40 มก.ปอร์เซนต์ในเพศชาย หรือน้อยกว่า 50 มก.ปอร์เซนต์ในเพศหญิง (Cleveland Clinic, 2003; Molnar, 2004; Roitberg, Ushakova, & Dorosh, 2004)

ภาวะ Metabolic syndrome มักพบในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี หรือผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแต่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับระดับอินซูลินในเลือดที่สูงกว่าระดับปกติและไม่อยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทาง metabolic (Metabolic syndrome) สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ (Greenfield & Campbell, 2004) การออกกำลังกายเป็นประจำ การปรับพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะ เช่น รับประทานอาหารที่มีการใช้ไขมันจากพืชแทนไขมันจากสัตว์ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (Cleveland Clinic, 2003; Lawrence & Kopelman, 2004)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงถ้ามีการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการควบคุมโรคได้ดีขึ้น การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาสุขภาพของตนที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะได้แก่ (1) ระยะการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ (2) ระยะ

ลงมือปฏิบัติและผลของการปฏิบัติ ซึ่งถ้าได้กระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้การพัฒนาของบุคคลดำเนินได้ดี (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การที่จะดูแลตนเองที่ดีเป็นการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทาง metabolic (Metabolic syndrome) ได้ การที่จะดูแลตนเองได้ดีนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ในสิ่งที่ต้องการปฏิบัติและผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจึงจะสามารถตัดสินใจกระทำได้ การส่งเสริมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถกระทำได้หลายวิธี การใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย (Blumer, 2004; Whitford, Roberts, & Griffin, 2004) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกันโดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสเพิ่มเติมความรู้จากกลุ่มผู้รู้ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก สมาชิกในกลุ่มประกอบด้วยบุคคลที่มีประสบการณ์ลักษณะลึกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนทางสังคมระหว่างสมาชิก ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (ดรุณี ชุมระหวัด อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

ในปัจจุบันการควบคุมโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงยังเป็นประเด็นที่ถูกกล่าวถึง ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้ถึงความรุนแรงและความแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ การขาดความต่อเนื่องในการไปตรวจตามนัดซึ่งเกี่ยวข้องกับความต่อเนื่องของการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม (Acton et al., 1993) ความท้อแท้เบื่อหน่ายเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเพิ่มเติมความรู้จากกลุ่มผู้รู้ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น ได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก ส่งผลต่อดี

การใช้กระบวนการการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ต่อการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ ระบบการสนับสนุนการได้รับความรู้จากกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองนี้ นอกจากจะทำให้ได้รับคำแนะนำและสนับสนุนระหว่างสมาชิกผู้ป่วยด้วยกันเองแล้ว ยังมีโอกาสได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย พยาบาล แพทย์ประจำโรงพยาบาลบางปะอินซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเขตับผิดชอบ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในการควบคุมโรคได้ นอกจากนี้การจัดกระบวนการการกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองยังมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยในด้านการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการดูแลประชาชนในชุมชน แบบผสมผสานในการให้บริการด้านการรักษาโรค การจัดกระบวนการกลุ่ม 4 ครั้งแรก อาจารย์พยาบาล มีบทบาทหลักในการนำกลุ่ม กระตุ้นสนับสนุนสมาชิกในการร่วมแสดงความคิดเห็นและการเข้าร่วมกลุ่ม ในระยะหลังเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยทำหน้าที่ในบทบาทหลัก ผลการจัดการจัดกระบวนการการกลุ่ม เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยสามารถแสดงบทบาท และหน้าที่ได้ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ของผู้ป่วยในชุมชนตำบลเกรียง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 ของผู้ป่วยในชุมชนตำบลเกรียง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีรูปแบบการศึกษาชนิด One group pretest-posttest design ในตำบลลาดเกรียง อำเภอบางปะอิน เริ่มศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติและ/หรือมีภาวะความดันโลหิตสูง 41 คน (10%) จากโครงการ ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประชาชนจำนวน 410 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างดังนี้

(1) เป็นประชาชนชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี สมควรใจเข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกผู้ป่วยนอก สถานีอนามัยตำบลลาดเกรียง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(2) ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในการเจาะเลือดอย่างน้อย 2 ครั้ง และ/หรือตรวจพบความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอทในการวัดหลังจากนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที และวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง

ผู้ป่วยจำนวน 41 คน มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติและภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 24 คน (58.54%) ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติอย่างเดียวจำนวน 5 คน (12.19%) ภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเดียวจำนวน 12 คน (29.27%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 36 คน (87.80%) อายุระหว่าง 37 - 77 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.41 ปี (S.D. = 9.07)

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องชั่งชั่งน้ำหนัก เทปวัดส่วนสูง เครื่องตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด

ไฟเราะ ผ่องโชค และ เฉลิมครี นันทวรรณ

(Glucometer) พร้อมแผ่นตรวจหารดับน้ำตาลในเลือด และเครื่องตรวจด้วยความตันโลหิตที่ได้มาตรฐาน

กลุ่มช่วยเหลือต้นเองประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน และเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย ตำบลตลาดเกรียงจำนวน 1 คน ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 1 คน และ/หรือแพทย์ประจำโรงพยาบาลบางปะอินจำนวน 1 คน โดยจัดกลุ่มเดือนละครั้งเป็นเวลา 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45-50 นาที การจัดกระบวนการกลุ่มได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเสนอหัวข้อที่ต้องการจัดกลุ่มครั้งต่อไปและใช้มาติเสียงส่วนใหญ่ ลักษณะการดำเนินการกลุ่มประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพระหว่างผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย อาจารย์พยาบาล บางครั้งมีแพทย์ประจำโรงพยาบาลบางปะอินเข้าร่วมด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง สาเหตุ อาการ แผนการรักษาทั้งแผนปัจจุบันและการรักษาทางเลือก ข้อแนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารที่ถูกวิธีการควบคุมพลังงานที่ได้จากอาหาร และการดูแลรักษาความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะเท้า การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการควบคุมโรค วิธีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ความรู้ในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นต้น สุดท้ายมีการสรุปความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน และความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีกิจกรรมกระบวนการกลุ่มเพื่อปรับปรุงการดำเนินการกลุ่มในครั้งต่อไปเช่นเวลาทำกลุ่ม เป็นต้น

ประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะได้รับการซักประวัติ ชั้นน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต หลังจากนั้นพักอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ถ้าพบภาวะความดันมากกว่าหรือเท่ากับ $140/90$ มม.ปรอท จะทำการวัดซ้ำอีกครั้งหลังจากให้ผู้ป่วยนั่งพักอีกอย่างน้อย 1

ชั่วโมง หลังจากนั้นจะได้รับการ เจาะเลือดตรวจหารดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้วหยดเลือด 2-3 หยดลงบนแผ่นตรวจ ทึบระยะเวลา 12 วินาที อ่านผลการตรวจจากเครื่องตรวจหารดับน้ำตาลในเลือด (Glucometer) เมื่อพบรดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จะนัดผู้ป่วยเพื่อมาเจาะเลือดช้าในวันถัดไปอีก 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่พบมีระดับน้ำตาลในเลือดและความดันผิดปกติจะได้รับการดูแลรักษาโดยเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยและส่งต่อเพื่อการรักษาโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลบางปะอินและมีการนัดตรวจอีกครั้งต่อไปเป็นระยะๆ ความถี่ตั้งแต่ทุก 1 เดือนถึงทุก 3 เดือน ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และมีการนัดเดือนละครั้งจำนวน 12 ครั้ง เพื่อทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและนัดหมายเจ้าเลือดและวัดความดันในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือน 9 หลังจัดกลุ่มช่วยเหลือต้นเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS/FW การนำเสนอด้วยส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยายได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Repeated Measures Analysis of Variance ในการทดสอบเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือต้นเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 และใช้สถิติ McNemar test ใน การเปรียบเทียบอัตราป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือต้นเองเดือนที่ 9 ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนตำบลตลาดเกรียง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การใช้กระบวนการการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย

ผลการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนละครั้งจำนวน 12 ครั้ง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 41 คน ทุกคนได้รับการประเมินระดับน้ำตาล

ในเลือดและความดันโลหิตช่วงก่อนจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หลังจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ส่วนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างยังเข้าร่วมกระบวนการแต่ละครั้ง (12 ครั้ง) ไม่ครบถ้วนคน อยู่ในช่วงระหว่าง 6 – 23 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองจำแนกตามหัวข้อ

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนคน
1	ภาวะความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย	11
2	โรคเบาหวานกับการออกกำลังกาย	23
3	ภาวะความดันโลหิตสูงกับอาหารที่เหมาะสม	7
4	โรคเบาหวานกับอาหารที่เหมาะสม	10
5	ความเครียดกับภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	7
6	การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและวิธีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ	7
7	การดูแลรักษาเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน	13
8	ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกับการใช้ยา	7
9	ภาวะความดันโลหิตสูงกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	6
10	โรคเบาหวานกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	6
11	ข้อสงสัยที่อยากรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	23
12	ปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไขในการควบคุมโรค	15

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ได้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 มีแนวโน้มที่ลดลง ดังแสดงในตารางที่ 2

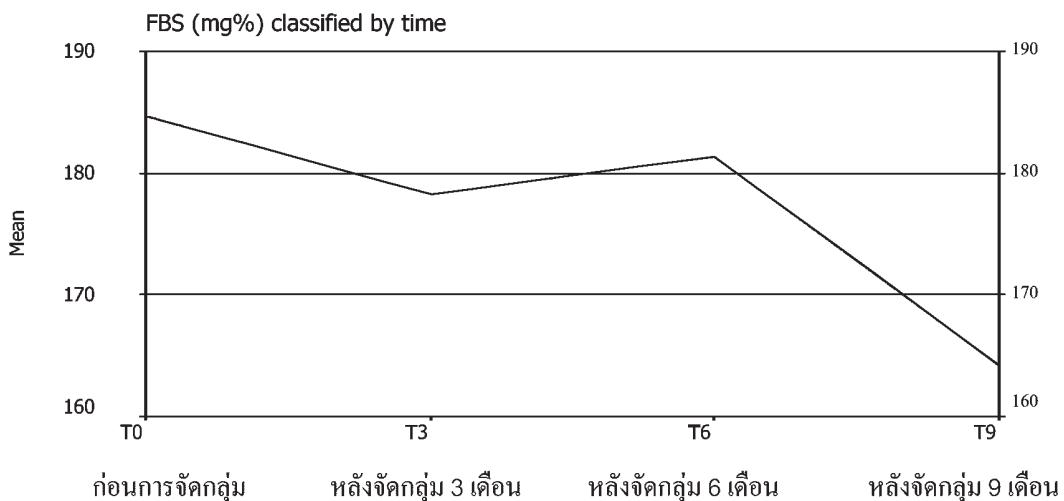
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือดจำแนกตามเวลา (n = 41)

เวลา (ใช้กระบวนการกลุ่ม)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อน	184.66	84.93
หลัง 3 เดือน	178.24	57.26
หลัง 6 เดือน	181.34	51.40
หลัง 9 เดือน	164.20	45.68

ไฟเราะ ผ่องโชค และ เฉลิมครี นันทวรรณ

เมื่อสิ้นสุดโครงการผู้ป่วยจำนวน 41 คน พนักงานระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะความดันโลหิตปกติจำนวน 7 คน (17.06%) ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติอย่างเดียวจำนวน 10 คน (24.39%) ภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเดียวจำนวน 2 คน (4.89%) พบรates น้ำตาลในเลือดและภาวะความดันโลหิตผิดปกติจำนวน

22 คน (53.66%) ผู้ที่พบความผิดปกติทั้งระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะความดันโลหิตยังคงได้รับการรักษาทั้งการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คนที่ผลการตรวจเป็นปกติยังคงได้รับการติดตามเป็นระยะๆ เพื่อควบคุมโรคต่อไป



รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังใช้กระบวนการกรุ่นช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 3, 6, 9 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องการกระจายข้อมูลแบบปกติโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Nonparametric Test พบว่า การกระจายค่าระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงก่อนและหลังใช้กระบวนการกรุ่นช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 มีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) และมีคุณสมบัติ Compound symmetry โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity ในการทดสอบ

($\chi^2 = 4.308$, $p = .169$) ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการกรุ่นช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 จากตารางที่ 3 สรุปได้ว่า ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการกรุ่นช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .195$

การใช้กระบวนการการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดย Repeated Measures Analysis of Variance

Source of Variation	Sum Square	df	Mean Square	F	P - value
Within group					
Time	9961.585	3	3320.528	1.594	.195
Error	250030.915	120	2083.591		

ก่อนการใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มตัวอย่าง 41 คน พบรความดันโลหิตสูงจำนวน 36 คน (87.80%) ไม่พบรความดันโลหิตสูงจำนวน 5 คน (12.20%) หลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 พบร่วม ควบคุมโรคได้จำนวน 13 คน (36.1%) ควบคุมโรคไม่ได้จำนวน 23 คน (63.9%) ส่วนกลุ่มที่ไม่พบรความดันโลหิตสูงจำนวน 5 คน หลังใช้

กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 ตรวจพบความดันโลหิตสูงจำนวน 1 คน (20.0%) เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังการใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 โดยใช้สถิติ McNemar test พบร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 โดยใช้สถิติ McNemar test

ความดันโลหิตสูง ก่อนใช้กระบวนการการกลุ่ม	การควบคุมโรคหลังใช้กระบวนการการกลุ่มเดือนที่ 9		รวม	p
	ไม่ได้	ได้		
ป่วย	23 (63.9%)	13 (36.1%)	36 (87.80%)	.002
ไม่ป่วย	1 (20.0%)	4 (80.0%)	5 (12.20%)	
รวม	24 (58.50%)	17 (41.50%)		

ตารางที่ 5 ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงหลังใช้กระบวนการการกลุ่มเดือนที่ 9 ($n = 41$)

	ความดันช่วงบน (มม.ปี Roth)	ความดันช่วงล่าง (มม.ปี Roth)	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ	<130	<85	15 (36.58)
ปกติแต่ค่อนไปทางสูง	130-139	85-89	2 (4.89)
ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย	140-159	90-99	15 (36.58)
ความดันโลหิตสูงปานกลาง	160-179	100-109	9 (21.95)
ความดันโลหิตสูงรุนแรง	180-209	110-119	0
ความดันโลหิตสูงรุนแรงมาก	≥ 210	≥ 120	0

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตอนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ในตารางที่ 3 สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตอนเองและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตอนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 มีค่าเท่ากับ 184.66 mg%, 178.24 mg%, 181.34 mg%, และ 164.20 mg% ตามลำดับ

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือดและความรุนแรงของโรคสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (Rizvi, 2004) จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตอนเองมีแนวโน้มขึ้นบ้างลงบ้าง นั่นหมายถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยต่อการดูแลตนเองไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตอนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 ด้วยสถิติ Repeated Measures Analysis of Variance พบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่มีอัตราการระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตอนเองในเดือนที่ 9 มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนจากเดิม 184.66 mg% เป็น 164.20 mg% แสดงถึงการควบคุมโรคเบาหวานมีแนวโน้มในการดีขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างชัดเจน การให้ความร่วมมือดีส่งผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลงด้วยเช่นกัน (Valmadrid et al., 1999)

การร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจำเป็นที่

ผู้ป่วยต้องมีความรู้พื้นฐาน การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเพิ่มเติมความรู้ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น ได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก กระบวนการแผนการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตอนเอง 12 ครั้งเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากกลุ่มมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ รูปแบบการศึกษาที่ดีคือผู้ป่วยตัวอย่างทุกคนควรได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตอนเองทุกครั้ง แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน (85.37%) ประกอบอาชีพทำงานไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตอนเองได้ทุกครั้ง ในการจัดเดือนละครั้งจำนวน 12 ครั้งพบว่า กลุ่มผู้ป่วยยังเข้าร่วมกระบวนการแต่ละครั้ง (12 ครั้ง) ไม่ครบทุกคน อยู่ในช่วงระหว่าง 6 - 23 คน ผู้ป่วยแต่ละรายเข้าร่วมกลุ่มคนละอย่างน้อย 4 ครั้ง จากผลการศึกษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้กลุ่มช่วยเหลือตอนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 9 นั่นหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยควรได้รับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตอนเองที่มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป เพื่อส่งเสริมความสามารถ ในการควบคุมโรคที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองได้ (Abizaid et al., 1998)

การไม่นำตามนัดของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยตำบลเกรียง ได้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยสนับสนุนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุมชน วรธราภูล และคณะ (2539) พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการนัดมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการติดตามโดยให้เหตุผลว่า มีความเกรงใจเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย รู้สึกอายใจที่ต้องให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามการดูแล

การใช้กระบวนการการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยทั้ง 41 คนให้ความสำคัญมากกับการเข้ารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทุกคนได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตช่วงก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือน 9 ทุกราย

การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาสุขภาพประกอบด้วยระยะการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ และระยะลงมือปฏิบัติและผลของการปฏิบัติ (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) การไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่งผลต่อการเรียนรู้ ทำให้ความสามารถในการกำหนดความต้องการการดูแลตนเองน้อย ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองน้อยเนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาสุขภาพในระยะการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ และระยะลงมือปฏิบัติและผลของการปฏิบัติจะเกิดผลได้ช้า เนื่องจากค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนใช้กระบวนการการกลุ่มมีค่าเท่ากับ 184.66 mg% น่าจะส่งผลต่อความกระตือรือร้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่น้อยเนื่องจากภาวะรุนแรงของโรคอยู่ระดับปานกลาง (Hornsten, Sandstrom, & Lundman, 2004; Peel, Parry, Douglas, & Lawton, 2004) การขาดกำลังใจในการดูแลตนเองเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นที่มักเป็นครอบครัวขยาย การที่ไม่สามารถปรุงอาหารแยกได้ นิสัยการรับประทานอาหารเดิมจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยน ช่วงเวลาของการถือศีล และเทศกาลต่างๆ เช่น ทำบุญงานบวชซึ่งประกอบด้วย

อาหารความหวานจำนวนมาก มีของแจกจากเพื่อนบ้านร่วมรับประทานกันทำให้ยากต่อการควบคุมพฤติกรรมการกินที่ถูกต้อง

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนตัวอย่างที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระดับปกติก่อนและหลังใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเดือนที่ 9 อยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจากเดิม 12 คน (29.1%) เป็น 15 คน (36.6%) นั่นหมายถึง กลุ่มช่วยเหลือตนเองก็นำจะมีส่วนช่วยในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (Vetter, Bristow, & Ahvens, 2004) นอกจากนี้การทำงานในกลุ่มประชาชนในชุมชนต้องอาศัยการทำงานที่มีประสิทธิภาพและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่ตีมาก็จะส่งผลดีต่อการทำกลุ่มที่แสดงถึงการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ การทำงานกับชุมชนทำได้ยากกว่าการจัดกระบวนการการกลุ่มที่มีตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการควบคุมตัวแปรภายนอกง่ายกว่าการจัดกลุ่มนิชชุมชนแต่อย่างไรก็ตามการเริ่มจัดกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้เป็นโอกาสที่ทำให้ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีโอกาสได้เรียนรู้ ถึงแม้จะส่งผลทางการปฏิบัติที่ไม่มากนักแต่อย่างน้อยเป็นการสร้างรูปแบบการดูแลที่เป็นการนำร่องต่อรูปแบบการดูแลที่เป็นแบบแผนต่อๆ ไป (DeCoste & Scott, 2004)

ผลการเปรียบเทียบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 พบว่า อัตราป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) กลุ่มตัวอย่าง 41 คน นั่นหมายถึงกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่จัดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเพิ่มเติม

ไฟเราะ ผ่องโชค และ เฉลิมครี นันทวรรณ

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทาน การดูแลสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน กลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น ได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก (Davidson, 2004) ลั่งผลต่อการดูแลตนเองและการควบคุมโรคทั้งเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้นได้ (Lai, Lew-Ting, Chie, 2005)

จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วย 41 คนพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนการใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจำนวน 36 คน (87.80%) หลังใช้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนที่ 9 พบรู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมโรคได้จำนวน 24 คน (58.50%) ดังตารางที่ 4 พบรความดันโลหิตสูงเล็กน้อยจำนวน 15 คน (36.58%) ความดันโลหิตสูงปานกลาง 9 คน (21.95%) ดังตารางที่ 5 มีผู้ป่วย 1 คน ที่ไม่พบภาวะความดันโลหิตสูงในระยะก่อนการให้กระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (BP 130/80 mmHg) แต่พบรความดันโลหิตสูงในระยะหลังการจัดกระบวนการการกลุ่มเดือนที่ 9 (BP 140/90 mmHg) ทั้งนี้เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการผิดปกติทาง metabolic (Metabolic syndrome) หมายถึงภาวะที่เลี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (Abizaid et al., 1998) มักพบในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี หรือผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแต่มีภาวะความดันโลหิต สูงร่วมกับระดับอินซูลินในเลือดที่สูงกว่าระดับปกติ แต่ไม่อยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (Cleveland Clinic, 2003; Lawrence & Kopelman, 2004) เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรคพบว่า จัดอยู่ในกลุ่มความดันโลหิตสูงเล็กน้อย ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ดีเนื่องจากเป็นการตรวจพบในระยะเริ่มแรก เป็น

การป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ซึ่งจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการจัดการเนื่องจากแนวโน้มของการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น (Glasscock, 2004)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและให้การสนับสนุนรูปแบบการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองผสมผสานแบบแผนการรักษา และคงความคิดเห็นว่าการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงความคิดเห็นทำให้ดึงดูดความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี การติดตามสมาชิกโดยเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกมีความเกรงใจเจ้าหน้าที่ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการติดตามการตรวจเลือดเป็นระยะๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุมชนวารธากุล และคณะ (2539) และ สุวรรณชัย วัฒนา ยิ่งเจริญชัย และ อรรถถลิธ์ กัญจนสินธิ์ (2539) เป็นการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการกระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่จัดทำให้และสนับสนุนการใช้เป็นแบบอย่าง ในการดำเนินการต่อไป เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามระดับความดันโลหิตยังไม่แสดงถึงการลดลงที่ต่อเนื่องจึงไม่สามารถสรุปผลที่แน่ชัดได้ น่าสูตรอเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการจัดกิจกรรมการตรวจวินิจฉัยคัดกรองอย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและทันท่วงทีต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องขนาดตัวอย่างที่มีไม่เพียงพอสำหรับรูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ

การใช้กระบวนการการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

และการศึกษาในชุมชนมีข้อมูลและตัวอย่างขนาดใหญ่ได้ง่ายกว่าการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีการขาดความสม่ำเสมอของผู้เข้าร่วมกระบวนการการกลุ่ม 12 ครั้งของตัวอย่าง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต จึงทำให้การสรุปผลการศึกษาได้ไม่เต็มที่ควร

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไปควรจัดรูปแบบการศึกษาให้มีการควบคุมด้วยแปรผันได้แก่ ความรู้ที่ประชาชนได้รับนอกเหนือจากการควบคุมการกลุ่มที่จัดให้ การกำหนดเกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างควรคำนึงช่วงระยะเวลาการป่วยในผู้ป่วยแต่ละราย โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ควรนำไปใช้ในการวางแผนการการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนในชุมชน โดยจัดทำกระบวนการการกลุ่มช่วยเหลือตนเองผสมผสานในแนวทางการรักษา เพราะไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่ประจำท้องถิ่นสามารถดูแลประชาชนในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของตนได้สำเร็จมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ชนาวนทอง รนสุกัญจน์ และ พิสมัย จารุชวลิต. (2542). สุขศึกษากับโรคเบาหวาน. กรุงเทพ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- ชุมพจน์วรธารกุล, วีรพันธุ์ศกุณตามา, สังวร วรธารกุล, พิศิษฐ์โภจารย์ครร. (2539). การริเริ่มขยายงานควบคุมโรคเบาหวานแบบผสมผสานในตำบลบ้านกง ผลการดำเนินงานระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2536- มิถุนายน 2538), โรงพยาบาลหนองเรือขอแก่น. เอกสารอัดสำเนา.
- ดรุณี ชุมระหวัด. (2540). การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตอนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรีนติ้ง.
- พงศ์อมร บุญนาค. (2542). เทคนิคการรักษาโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย.
- สุภารณ์ อันเนเกียร์ดิวารี. (2531). การศึกษาเบื้องจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิด NIDDM: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์สุภาพน้ำบัณฑิต (ชีวสัตติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2543). ตำราการตรวจรักษาโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพ: อุษาการพิมพ์.
- สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย และอรรถลิธี กาญจนลินิทร. (2539). รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยอำเภอพลด จังหวัดขอนแก่น. เอกสารอัดสำเนา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรีนติ้ง.
- Abdella, N., Al Arouj, M., Al Nakhi, A., Al Assoussi, A., & Moussa, M. (1998). Non-insulin-dependent diabetes in kuwait: Prevalence rates and associated risk factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 42(3), 187-196.
- Abizaid, A., Kornowski, R., Mintz, G. S., Hong, M. K., Abizaid, A. S., Mehran, R., et al. (1998). The influence of diabetes mellitus on acute and late clinical outcomes following coronary stent implantation. *Journal of the American College of Cardiology*, 32(3), 584-589.

ໄພເຮົາ ຜ່ອງໂສດ ແລະ ເລີມຄວິ ນັ້ນກວຽບ

- Acton, K., Valway, S., Helgerson, S., Huy, J. B., Smith, K., Chapman, V., et al. (1993). Improving diabetes care for american indians. *Diabetes Care*, 16(1), 372-375.
- American Diabetes Association. (2004). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetic Care*, 27(Suppl. 1), s5-s10.
- Blumer, I. (2004). Rethinking diabetes care in canada. *Cmaj*, 171(11), 1323-1324.
- Cleveland Clinic. (2003). Metabolic syndrome. Retrieved March 3, 2005, from www.clevelandclinic.org/health/
- Davidson, M. R. (2004). Establishing prevention, education and community awareness through a comprehensive diabetes, hypertension and hypercholesterolaemia screening programme: The smith island, maryland, USA experience. *Internal Journal of Nursing Practice*, 10(5), 242-246.
- DeCoste, K. C., & Scott, L. K. (2004). Diabetes update: Promoting effective disease management. *AAHON Journal*, 52(8), 344-353; quiz 354-345.
- Glasscock, R.J. (2004) The rising ticle of end-stage renal disease : What can be done ? *Clinical and Experimental Nephrology*, 8(4), 291-296.
- Greenfield, J. R., & Campbell, L. V. (2004). Insulin resistance and obesity. *Clinics in Dermatology*, 22(4), 289-295.
- Gudbjorndottir, S., Cederholm, J., Nilsson, P. M., Eliasson, B., Berne, C., & Adamson, U. (2004). The national diabetes registry 1996-2003. Quality assessment shows improved diabetic care. *Lakartidningen*, 101(47), 3790, 3793-3797.
- Hornsten, A., Sandstrom, H., & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174-182.
- Kaplan, N. M. (1992). Systematic hypertension: Mechanisms and diagnosis. In E. Braunwald (Ed.), *Heart disease*. (pp.824) Philadelphia: WB Saunder.
- Lai, W. A., Lew-Ting, C. Y., & Chie, W. C. (2005). How diabetic patients think about and manage their illness in taiwan. *Diabetes Medicine*, 22(3), 286-292.
- Lawrence, V. J., & Kopelman, P. G. (2004). Medical consequences of obesity. *Clinics in Dermatology*, 22(4), 296-302.
- Molnar, D. (2004). The prevalence of the metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 28 Suppl 3, S70-74.
- Peel, E., Parry, O., Douglas, M., & Lawton, J. (2004). Diagnosis of type 2 diabetes: A qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient Education and Counseling*, 53(3), 269-275.
- Rizvi, A. A. (2004). Type 2 diabetes: Epidemiologic trends, evolving pathogenetic [corrected] concepts, and recent changes in therapeutic approach. *Southern Medical Journal*, 97(11), 1079-1087.
- Roitberg, G. E., Ushakova, T. I., & Dorosh Zh, V. (2004). The role of insulin resistance in diagnosis of metabolic syndrome. *Kardiologiya*, 44(3), 94-101.
- Segal, K. R. (2004). Type 2 diabetes and disease management: Exploring the connections. *Disease Management*, 7 Suppl 1, S11-22.
- Siitonen, O. I., Niskanen, L. K., Laakso, M., Siitonen, J. T., & Pyorala, K. (1993). Lower-extremity amputations in diabetic and nondiabetic patients: A population-based study in eastern finland. *Diabetes Care*, 16(1), 16-20.
- Stewart, K. J., Bacher, A. C., Turner, K., Lim, J. G., Hees, P. S., Shapiro, E. P., et al. (2005). Exercise and risk factors associated with metabolic syndrome in older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 9-18.

การใช้กระบวนการการกลุ่มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

- Valmadrid, C. T., Klein, R., Moss, S. E., Klein, B. E., & Cruickshanks, K. J. (1999). Alcohol intake and the risk of coronary heart disease mortality in persons with older-onset diabetes mellitus. *JAMA*, 282(3), 239-246.
- Vetter, M. J., Bristow, L., & Ahrens, J. (2004). A model for home care clinician and home health aide collaboration: Diabetes care by nurse case managers and community health workers. *Home Health Nurse*, 22(9), 645-648.
- Whitford, D. L., Roberts, S. H., & Griffin, S. (2004). Sustainability and effectiveness of comprehensive diabetes care to a district population. *Diabetes Medicine*, 21(11), 1221-1228.

Self-help Group: Promoting Effective Self Care Management in Diabetic and Hypertension

Pairoa Pongchoke** R.N., M.S. (Epidemiology)

Chalerm Sri Nuntawan** R.N., M.S. (Public Health)

Abstract : The objectives of this quasi experimental design was to compare fasting blood sugar levels and to compare the prevalence rates of hypertension between pre and post utilized self-help group intervention to promote self care management in diabetic and hypertension diseases at Bang-pa-in Amphur, Phra Nakhon Sri Ayuthaya Province. The research was conducted during January to December 2003. The sample consists of 41 diabetic and hypertension patients. Thirty-six of them were women (87.80%) with the age range from 37–77 years old. The average age was 57.41 years. The research instruments were composed of weight and height scales, Glucometer, Sphygmomanometer, and self-help group intervention. Self-help group intervention was utilized once a month totaling 12 times with 45–50 minutes each time. The result showed the average fasting blood sugar level before and after utilized self-help group at 3-month, 6-month, and 9-month intervals were 184.66 mg%, 178.24 mg%, 181.34 mg%, and 164.20 mg%, respectively. There were not significant differences between fasting blood sugar levels between pre and post utilized self-help group intervention. There was a significant difference between the prevalence rates of hypertension at pre and post utilized self-help group intervention at 9-month interval ($p = .002$). Nursing care plan which includes the self-help group promotes the effective self care management in Diabetic and Hypertension which are included in a collection of metabolic syndrome.

Keyword : Self-help group, Self care, Diabetic, Hypertension.

* * Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University